Rok XLIX. Kraków, dnia 22. października 1910. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

(Wyniki w okresie ubiegłych lat 15, 1895—1909).

Podał

W. Puławski (Radziejów, gub. warszawska).

(Dokończenie).

X) Co do rodzaju stosowanej przezemnie surowicy przeciwbłoniczej, to w pierwszych latach stosowałem surowice: Palmirskiego, Roux (z zakładu Pasteura w Paryżu), Aronsona, Scheringa, Behring-Höchst; z biegiem czasu ograniczyłem się do użycia surowicy z warszawskiej pracowni Dra Palmirskiego i tej prawie wyłącznie obecnie używam.

W kilkunastu przypadkach rozległego błonicowatego zapalenia gardła, które wystąpiło jako objaw współistniejący przy płonicy, stosując metodę leczenia skombinowanego surowicą przeciwpłoniczą i przeciwbłoniczą, używałem również surowicy przeciwbłoniczej z pracowni prof. O. Bujwida. Surowica ta zawiera 1000 do 1200 jedn. ochr. Behringa-Ehrlicha w jednym flakoniku, zawierającym 4 do 5 ctm^3 płynu.

XI) Dane statystyczne, uzyskane za każdy rok poszczególny, ogłaszałem w swoim czasie wraz z ważniejszemi uwagami (patrz wykaz publikacyi w końcu niniejszej pracy). Wszystkie te dane liczbowe, w różnych czasach w przeciągu piętnastoletniego okresu otrzymane, pozwalam tu sobie dla bardziej poglądowego uprzytomnienia zestawić w tablicy V. W pierwszej połowie tej tablicy, dotyczącej leczenia błonicy metodą zwykłą, widzimy dwa okresy: 1) od chwili, gdy rozpocząłem praktykę lekarską (styczeń 1890 r.), do czasu, gdy zacząłem stosować surowicę przeciwbłoniczą (1/VII 1895); 2) od tej daty aż do końca 1909 r.; liczba przypadków błonicy, leczonej metodą zwykłą, w okresie tym coraz więcej maleje, a w końcu staje się liczbą bardzo małą. Co do drugiej połowy tablicy, dotyczącej leczenia błonicy surowicą, to widzimy, że w ostatnich kilku latach ogólna ilość przypadków zmniejszyła się. Pochodzi to częściowo z istotnie na ogół mniejszego liczebnie szerzenia się błonicy, częściowo zaś jest to skutkiem powiększenia się liczby kolegów, praktykujących w najbliższej okolicy, o dwóch.

Zbierając razem dane o działaniu surowicy przeciwbłoniczej na zasadzie piętnastoletniego jej stosowania, czułbym się w prawie wysnuć wnioski następujące:

1) Surowica, zastosowana we wczesnych okresach błonicy, działa zwykle poronnie; w okresach późniejszych działa najlepiej ze wszystkich środków, w błonicy stosowanych, skracając przebieg choroby i okres zdrowienia, zapobiegając wystąpieniu objawów krtaniowych (Laryngitis crouposa, Croup descendens) i ogólnych septycznych (toksemicznych), oraz porażeń pobłoniczych. Jednocześnie jest ona środkiem zapobiegawczym dla najbliższego otoczenia danej chorej jednostki, a w razie epidemii dla większych grup

TABLICA V.

Rok	Liczba ogólna przypadków	Ilość przypadków śmiertelnych	Ilość przypadków śmiertelnych w %	Ilość przypadków krtaniowych	Ilość przypadków krtaniowych w %	Śmiertelność ich w %	Uwagi
1890	81	50	61	65	80	77	Leczenie zwykle
1891	100	60	60	76	76	80	
1892	96	58	59	72	75	80	
1893	95	52	54	78	82	70	
1894—1/VII 1895	138	83	60	105	76	79	
1890—1/VII 1895	**510**	**303**	**59**	**396**	**77**	**76**	
1/VII 1895—1896	20	12	60	16	80	75	
1897	10	6	60	8	80	75	
1898	6	4	66	5	83	80	
1899—1909	38	26	68	32	84	81	
1/VII 1895—1909	**74**	**48**	**65**	**61**	**82**	**78**	
1890—1909	584	351	60	457	78	77	
1/VII 1895—1896	67	4	6	39	58	10	Leczenie surowicą
1897	77	10	13	56	73	18	
1898	73	6	8	43	59	14	
1899	84	5	6	44	52	11	
1900	80	4	5	39	49	10	
1901	50	3	6	25	50	12	
1902	38	2	5·3	21	55	10	
1903	46	2	4·3	20	43	10	
1904	54	3	5·5	24	44	12·5	
1905—1906 [1]	32	2	6·3	17	53	11·8	
1907	37	2	5·4	16	43	12·5	
1908	30	1	3	16	53	6·3	
1909	35	2	6	21	60	9·5	
1/VII 1895—1909	703	46	6·5	381	54	12	

[1]) Od 1/V 1905 do 15/V 1906 byłem na teatrze wojny w Mandżuryi.

mieszkańców, pomagając do szybkiego przerwania szerzenia się choroby.

2) Korzyści ze stosowania surowicy widoczne są z zestawienia w tablicy V: Surowica zmniejsza wydatnie śmiertelność ogólną błonicy, ogranicza znacznie ilość przypadków krtaniowych, zmniejszając również wydatnie śmiertelność z nich, o ile po ich wystąpieniu zastosowaną została.

3) Żaden z przypadków czystej błonicy gardła nie dał objawów powikłania krtaniowego po zastosowaniu leczenia surowicą. Wszystkie przypadki śmiertelne były powikłane w mniejszym lub większym stopniu objawami ze strony krtani, do których niekiedy przyłączały się również objawy krupowe ze strony tchawicy, oskrzeli i płuc (Croup descendens); surowicę zastosowano w wielu z nich albo zbyt późno, albo w ilościach zbyt małych. Dotyczy to i tych przypadków, w których cały zbiór objawów przedśmiertnych należał do grupy tak zwanych objawów toksemicznych.

4) Powikłań miejscowych w okolicach wstrzykiwania (tkanka podskórna w okolicy podżebrowej i śródbrzusznej) nie miałem nigdy. Występujące w tej okolicy bóle zwykle nie są zbyt dolegliwe i znikają same przez się w ciągu pierwszej lub drugiej doby. U dzieci z obfitą podściółką tłuszczową występują niekiedy sińce, wcale niebolesne lub mało bolesne i znikają same przez się w ciągu trzech do pięciu dni. Są one analogiczne do tych, jakie zjawiają się często u osób starszych po jakichkolwiekbądź wstrzyknięciach podskórnych, n. p. morfiny, ergotyny, kakodylanu sodowego i t. p.

5) Powikłania posurowicze wysypkowe (Serumkrankheit) występowały nie częściej, niż w 50% wszystkich przypadków i zwykle po zastosowaniu powyżej 1000 jedn. ochr. wtedy, gdy ilość ta odpowiada 10 ctm sześć. surowicy. O ile stosuje się surowice wysokowartościowe, w których 1000 j. ochr. zawiera się w 5 ctm³ lub nawet mniej, objawów wysypkowych może nie być nawet po zastosowaniu 3000 jedn. ochr. i więcej. Powikłań natury poważniejszej ze strony serca, nerek, stawów lub układu nerwowego nie spostrzegałem wcale, również jak i objawów nadwrażliwości ani u chorych, u których powtarzałem wstrzyknięcia wielokrotnie w odstępach czasu kilkogodzinnych lub kilkodniowych, ani u tych, u których wstrzykiwania ponawiano po przerwach kilkoletnich.

6) Zaufanie do surowicy, stopniowo wzrastając, utrwaliło się i jest stosunkowo większe wśród warstw biedniejszych i mniej oświeconych, najpewniej dlatego, że surowica zastosowana dość wcześnie, szybko uzdrawia, wyłączając prawie zupełnie potrzebę stosowania innych metod leczniczych, zwykle męczących zarówno chore dzieci, jak i otoczenie, zmuszone co chwila stosować jakieś zabiegi, zresztą mało skuteczne.

7) Mniemam, że w tych przypadkach, gdzie prócz surowicy można stosować jeszcze i inne środki lecznicze (roborantia, excitantia, exspectorantia, inhalacye, płukania) lub rękoczyny chirurgiczne (intubacya i tracheotomia), taka skombinowana metoda lecznicza powinnaby dać najlepsze wyniki. Bardzo wczesne stosowanie surowicy w odpowiednio do potrzeby dużych dawkach, a przytem surowicy wysokowartościowej, czyni zresztą stosowanie wspomnianych zabiegów coraz rzadszem i mniej koniecznem.

8) Przypuszczam, że wyniki, jakie dotąd otrzymałem (6·5% śmiertelności ogólnej oraz 12% śmiertelności w przypadkach krtaniowych), nie są jeszcze ostateczne i ulegną z czasem zmianie na lepsze, a może nawet przy odpowiednio sprzyjających warunkach śmiertelność dojdzie do minimum; obecnie już jednak wobec wielu najmniej korzystnych warunków dla stosowania surowicy przeciwbłoniczej w takich okolicznościach praktyki lekarskiej, jak moja, daje ona przeszło sześć razy lepsze wyniki od wszystkich innych metod leczniczych, przedtem stosowanych. Tu w krótkości wspomnę, że w celu zwalczenia najcięższych, lub zaniedbanych przypadków proponują wstrzykiwać surowicę do żył i to w dużych dawkach surowic wysokowartościowych. Surowice, przygotowane celem trwałości i łatwego przechowania, z dodatkiem fenolu lub krezolu, nie nadają się do tego; to też próby wstrzykiwania do żył podejmowano dotąd na większą skalę we Francyi, gdzie surowice dodatków tych nie zawierają. W ostatnich latach próby takie zaczęto podejmować również i w Berlinie na klinice Heubnera nawet ze surowicami fabrykacyi niemieckiej, które, jako zawierające pewną odsetkę fenolu, nie mogą być jednak stosowane w tym celu w ilościach większych, niż 9000 jedn. ochr. 500-krotnie wartościowej surowicy, czyli = 18 ctm³. naraz. Dawkę taką w ciągu dni kilku powtarzano kilkakrotnie bez wywołania objawów zatrucia fenolem, a dochodzono do zastosowania drogą śródżylną 65000 jedn. ochr. ze skutkiem dodatnim dla danego przypadku chorobowego, a bez żadnych skutków szkodliwych dla leczonego ustroju.

9) Mniemam nakoniec, że jakiekolwiek braki mogłaby mieć statystyka, zbierana w podobny, sposób jak moja, to jednak tylko bardzo wielka liczba przypadków, spostrzeganych wśród najróżnorodniejszych warunków i podczas wielu różnych epidemii, może dać wyniki najbliższe rzeczywistości.

Kończąc niniejszą notatkę, uważam sobie za obowiązek nadmienić, że zdaję sobie dokładnie sprawę z tego, iż kazuistyczny dorobek mój w okresie piętnastoletnim w omawianym tu kierunku nie jest bynajmniej imponującym, a sam materyał kliniczny, uzbierany w tak niepomyślnych warunkach, nie może być naukowo zbyt ważnym, a tem mniej rozstrzygającym. Jednakże nie jest on pozbawiony pewnego znaczenia praktycznego wobec tego, że seroterapia chorób zakaźnych wogóle jest ciągle jeszcze w okresie rozwoju, z którego w przyszłości tak wiele obiecują sobie zwolennicy seroterapii właśnie głównie na zasadzie wyników bardzo dodatnich, otrzymanych przy stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej. Myśl ta wraz z nadzieją lepszej przyszłości w dziedzinie pomyślnego zwalczania chorób zakaźnych, dotąd nie dających się należycie ujarzmić, zachęca do czynienia odpowiednich samodzielnych spostrzeżeń i ich publikacyi, aby wedle możności dorzucić choć skromną cegiełkę do budującego się gmachu. Hołdując tej zasadzie, od samego początku skrzętnie zapisywałem wszystkie spostrzegane przypadki i opisy ich lub też otrzymywane wyniki ostateczne ogłaszałem w różnych pracach, których spis za przeciąg ubiegłych lat piętnastu poniżej podaję.

1) Jedenaście przypadków błonicy, wyleczonej surowicą. Gaz. lek. 1895. Nr. 52. 2) Osiem przypadków błonicy, wyleczonej surowicą. Gaz. lek. 1896. Nr. 29. 3) Piętnaście przypadków

błonicy, leczonej surowicą. Gaz. lek. 1896. Nr. 52. 4) Trzydzieści trzy przypadki błonicy, leczonej surowicą. Gaz. lek. 1897. Nr. 31. 5) Przyczynek do leczenia błonicy surowicą swoistą. Gaz. lek. 1898. Nr. 10. 6) Leczenie błonicy surowicą swoistą. Gaz. lek. 1899. Nr. 35. 7) Leczenie błonicy surowicą swoistą. Gaz. lek. 1900. Nr. 32. 8) Leczenie błonicy surowicą swoistą. Gaz. lek. 1901. Nr. 21. 9) Przyczynek do statystyki leczenia błonicy surowicą swoistą. Czasopismo lek. 1903. Nr. 2. 10) Zur Statistik der Diphtherieheilserumtherapie. Deut. med. Wochensch. 1903. Nr. 28. 11) Dalsze przyczynki do statystyki leczenia błonicy surowicą swoistą. Czasopismo lek. 1907. Nr. 9—10. 12) Dalsze przyczynki do leczenia błonicy surowicą swoistą. Przegląd lek. i Czasopismo lek. 1909. Nr. 21. 13) Dalsze spostrzeżenia w sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą. Przegl. lekarski i Czasopismo lek. 1910. Nr. 35.

Spostrzeżenia z praktyki.

Kilka słów o krwawiączce ze stanowiska praktycznego.

Podał

Dr Adolf Klęsk.

Może za mało uwagi poświęca się w życiu praktycznem i piśmiennictwie krwawiączce, chociaż jest to cierpienie stosunkowo tak częste, że niemal każdy lekarz musi się z niem spotykać. Prócz krwawień samoistnych może mieć lekarz praktyczny sposobność spotkać się z krwawiączką i przy następujących, niejako »codziennych« schorzeniach lub zabiegach: krwotoki z nosa, podcinanie języka, wycinanie migdałów, wyrywanie zębów i cierpienia dziąseł i okostnej szczęki, urazy, pijawki i bańki cięte ew. ostre plastry, obrzezanie, krwawienie po oddzieleniu się pępowiny, zranienie języka podczas napadu padaczki, pęknięcia żylaków, odejścia strupów przy błonicy i t. p. Zdarzają się oczywiście i inne, np. uporczywe krwawienie z rozdartej błony dziewiczej (Wachsmuth) i t. p., wspomnieliśmy jednakowoż głównie o najczęstszych. U krwawców spotyka się uzębienie często w bardzo złym stanie, może być, że z natury samej choroby, ale bezwarunkowo także dlatego, że dentyści nie chcą leczyć takich chorych z obawy groźnych krwotoków, a także sami chorzy tacy boją się dawać sobie wyjmować zęby. Z piśmiennictwa znane są przypadki śmiertelnego skrwawienia się po wyrwaniu zęba (Plater, Jaurdain, Niemayer, Lanyi, Delestre i t. p.). Krwawiączka ma to bowiem do siebie, że zwykle stosowane sposoby tamowania krwotoku, przy niej nieraz nie wiodą do celu.

Jak wiadomo, lekarz praktyczny rozporządza następującymi sposobami tamowania krwotoku:

A. Sposoby mechaniczne: 1) Ucisk w miejscu krwawienia lub dalej na naczynie krwionośne ręką lub opaską. 2) Ucisk zapomocą odpowiednich uciskadeł, rurki Belloqua i t. p. 3) Tamowanie krwotoku zapomocą różnicy ciepłoty (zimno, woda gorąca, para, rozżarzona platyna i t. p.). 4) Dawniej używane gąbki prasowane i t. p.

B. Sposoby chemiczne: 1) Srodki ściągające: sześciochlorek żelaza, ocet, ałun, terpentyna, chlorek wapnia, tannina, siarkan sodowy, sporysz i t. p. 2) Środki działające na naczynia krwionośne i ciśnienie krwi: antypiryna (10—20%), kokaina, adrenalina i t. p.

Otóż zwykle wszystkie te sposoby tamowania krwotoków przy krwawiączce zawodzą, a raczej jeśli działają (np. ucisk naczyń, przyrządy), to tylko w chwili stosowania, a to oczywiście nie może być zbyt długiem. Nic też dziwnego, że z uczuciem ulgi powitano pracę Weila, polecającą leczenie krwawiączki zapomocą wstrzykiwań surowicy. Weil przekonał się, że przez dodanie do krwi krwawca paru kropli surowicy krwi prawidłowej, wywołać można krzepnięcie w 5 minut, gdy zwykle przy krwawiączce krew potrzebuje do skrzepnięcia godziny i więcej. Wobec tego postanowił Weil zastosować to zjawisko praktycznie i rzeczywiście na Zjeździe w Paryżu w r. 1907 przedstawił 11 przypadków, leczonych pomyślnie w ten sposób. Weil stosuje surowicę miejscowo do tamponady, lub, co lepiej, podskórnie lub śródżylnie. Użyć do tego najlepiej świeżej surowicy końskiej, a w razie braku jej, chociażby surowicy przeciwbłoniczej lub przeciwtężcowej. Po wstrzyknięciu surowicy (10 cm^3 do żyły, 20 cm^3 podskórnie) niema chory, podług Weila, niemal przez 30 dni skłonności do krwawienia, tak że w tym czasie wykonywać można bez obawy nawet największe zabiegi chirurgiczne, o ile rany po nich dostatecznie się goją do dni 30.

Wspomnieć tu należy o dawniejszych próbach organoterapeutycznych w krwawiączce: np. Grant do leczenia krwawiączki używał wyciągu jajników, a Zoege v. Manteuffel substancyi zymoplastycznej, uzyskanej z gruczołów chłonnych.

Jakież są dotychczasowe kliniczne wyniki leczenia sposobem Weila? Tamponada surowicą miejscowo oddaje bezwarunkowo dobre nieraz usługi, co również sam miałem sposobność stwierdzić w jednym przypadku krwawienia z rany dziąsła; natomiast co do leczenia ogólnego krwawiączki, zdania są podzielone.

Baum przeprowadził w tym celu badania doświadczalne. Zapomocą wstrzykiwań wyciągu pijawek, t. zw. hirudyny, można zwierzęta sztucznie na pewien czas uczynić krwawcami. Otóż u takich zwierząt wstrzykiwania surowicy wybitnie zwiększają krzepliwość krwi, ale tylko w takim razie, jeżeli hirudyna nie zniosła przedtem całkowicie krzepliwości krwi. Hirudyna działa tylko śródżylnie; zastosowana podskórnie nie znosi wcale krzepliwości krwi. U ludzi, wedle Bauma, działa leczenie surowicą korzystnie, ale tylko w niektórych przypadkach, np. przy postaciach krwawiączki nie zbyt silnych i nabytych; natomiast u dwóch chorych z krwawiączką wrodzoną i dziedziczną leczenie to pozostało zupełnie bez skutku.

Trembur zachwala bardzo leczenie krwawiączki surowicą. Stosował je u dzieci, wstrzykując 5—20 cm^3 surowicy, ewentualnie tamponując miejscowo surowicą. Również Guibal opisał przypadek krwawiączki, wyleczony podług Weila i radzi w razie konieczności operacyi u krwawca wstrzyknąć mu na 24 godzin przed zamierzoną operacyą 10—20 cm świeżej końskiej surowicy podskórnie lub śródżylnie. Sahli i Broca twierdzą, że skutecznie działa surowica końska, natomiast nie działa zupełnie surowica wołu i psa.

Hotz i Enderlen polecają na podstawie doświadczeń z parabiozą zwierząt, połączonych ze sobą szwem naczyniowym podług Carrela, leczyć krwawiączkę zapomocą przetaczania krwi wprost z drugiego osobnika. Hotz łączy zapomocą szwu okrężnego tętnicę promieniową osobnika dającego, z żyłą środkową osobnika odbierającego. Jedynie w ten sposób, jak twierdzi, uratował Hotz jednego chłopca, skrwawionego z powodu upływu krwi z nosa. Krwotok po przetoczeniu krwi zaraz ustał.

Mimo to wszystko, należy jeszcze i nadal zachować ostrożność co do operacyi u krwawców i operować, jak to w ostatnich czasach radzi także Dahlgren, jedynie ze wskazania życiowego. Z drugiej jednak strony w razie pilnej potrzeby lepiej znów operować i stać się panem danego miejsca, niż czekać, np. przy sprawach ropnych, na dobrowolne przebicie się ropy, przy którem potem nastąpić może krwawienie z krętych, trudnych do tamponady przetok. Ilustrują to najlepiej dwa następujące moje spostrzeżenia:

1) 21-letni młodzieniec B., pochodzący z rodziny typowych krwawców, przed trzema laty przebył zapalenie okostnej zębowej. Wezwany lekarz, nie wiedząc o krwawiączce, naciął ropień okostnej, poczem zjawiło się krwawienie, trwające 20 dni; krwa-

wienie to zatamował w końcu dopiero wezwany operator zapomocą kilkakrotnej energicznej tamponady. Przed kilku dniami chory zapadł znowu na zapalenie okostnej. Wezwany lekarz, znając już chorego, polecił gorące okłady i wyczekiwanie, aż ewentualnie ropa przebije się samorodnie. Rzeczywiście nastąpiło to po kilku dniach, ale równocześnie powstało obfite krwawienie. Do chorego wezwano mnie w nocy. Krwawił już od 14 godzin. Stosowano środki domowe (zimno, ocet) i ucisk, ale bez skutku. Przy badaniu znalazłem uzębienie wogóle w bardzo złym stanie. Zaledwie trzy zęby były zdrowe, a zresztą w innych ubytki lub zupełny brak korony. Chory z obawy przed krwawieniem nie zasięga wogóle porady dentysty. Po stronie lewej ponad drugim zębem trzonowym widać na obrzmiałej błonie śluzowej dwa otworki po przebiciu się ropy, każdy wielkości główki od szpilki. O wsunięciu w nie tamponów nie mogło być mowy, zastosowałem też tamponadę uciskową ponad niemi gazą jodoformową z adrenaliną i zacisnąłem szczęki od zewnątrz. Krwawienie zatrzymało się na pewien czas, ale po kilku godzinach zaczęło się na nowo, wobec czego zastosowałem tamponadę z surowicą (przeciwbłoniczą), poczem krwawienie ustąpiło wprawdzie zwolna, ale zupełnie.

2) W przypadku ropowicy na szyi u kobiety młodej, dotkniętej również krwawiączką, wobec silnego nacieku ropnego, trudności oddychania i ciepłoty 40°, przystąpiłem, mimo przestróg rodziny, do przecięcia ropowicy (i to w czasie regularności) i nie pożałowałem tego. Zabiegu dokonałem w znieczuleniu miejscowem (chora prócz krwawiączki miała wadę serca i skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi), w asystencyi kolegi Z., ograniczając się do możliwie małego cięcia. Po wypuszczeniu ropy, zaczęła płynąć z rany obficie krew; wytamponowałem zaraz ranę gazą kseroformową i zastosowałem ucisk przez kwadrans. W ciągu nocy opatrunek przeszedł trochę krwią. Zmiana tamponu po 3 dniach. Krwawienie trwało jeszcze kilka dni, lecz było mierne.

Nauczony tymi dwoma przypadkami, sądzę, że jeżeli chodzi o sprawę ropną u krwawca, to bezwarunkowo lepiej jest wykonać cięcie i być panem rany, mogąc ją wytamponować, niż z obawy przed krwawieniem po cięciu, narazić się na uporczywe krwawienie bez cięcia po przebiciu się ropy, nieraz w kilku miejscach, przez drobne otworki, nie dające się wcale wytamponować.

Częste są też uporczywe krwawienia u krwawców po wyrwaniu zęba. W razie silnego bolu zwracają się chorzy do dentysty, który często nie pyta nawet o krwawiączkę, albo, gdy zapyta, to chorzy ją zatajają, chcąc pozbyć się za wszelką cenę bolącego zęba. Krwawienie bywa potem bardzo uporczywe, zwłaszcza jeżeli przy usuwaniu zęba uszkodzono i dziąsło. Do zatamowania krwotoku używają dentyści, prócz środków chemicznych, także różnych sposobów mechanicznych, jak zalepienie woskiem, gipsem, gutaperką, silna tamponada, różne przyrządy (Anselin, Neimayer, Foucou i. t. p.), wsadzenie zęba z powrotem, Paquelin i t. p.

Po obrzezaniu bywa też czasem krwotok u krwawców bardzo uporczywy i tu z powodu trudności wykonania ucisku najlepiej zeszyć oba listki napletka. W jednym przypadku powiodło się nam z kolegą F. zatamować w ten sposób bardzo silne, długotrwałe krwawienie.

Po wycięciu migdałków krwawienie rzadko bywa groźnem i obawy są tu wogóle przesadzone. Jednakże u krwawca będzie i tu krwotok bardzo uporczywym. Stosowane dawniej uciskadło bywa obecnie mniej stosowane, gdyż zwykle ucisk miejscowy, ew. Paquelin wystarczają.

Przy groźnych dla życia krwotokach należy przystąpić zaraz do operacyi. Tak np. już w kilku przypadkach t. zw. krwawiączki nerkowej osiągnięto dopiero wyleczenie przez wycięcie odpowiedniej nerki.

Jeszcze na jedno powikłanie krwawiączki chciałbym zwrócić uwagę, a mianowicie na cierpienia stawów, zwłaszcza te, które, występując po urazie, bywają mylnie rozpoznawane, a obecnie wobec rozwiniętego wszędzie ubezpieczenia od wypadków często w rachubę wchodzić mogą. Powikłania te zajmować mogą i kilka stawów naraz, sprawiając wrażenie gośćca stawowego, lub też, co częściej, zajęty bywa tylko jeden staw (najczęściej kolanowy) i wtedy rozpoznaje się mylnie wiewióra, gruźlicę lub kiłę stawu.

W cierpieniu stawów, wikłającem krwawiączkę, nieraz rozróżnić możemy trzy niejako stopnie choroby:

1) Okres początkowy. Cechują go bole, obrzmienie, a nieraz także objawy zapalne w danym stawie. Objawy te rozwijają się nieraz w stawach nawet bez urazu. Stan ten trwa zwykle kilka dni, kończąc się wyzdrowieniem, a w przypadkach cięższych (np. po urazie) przechodząc w okres następny.

2) Okres zapalny przypomina żywo gościec, a cechuje się obrzmieniem, ew. wysiękiem do stawu, silną bolesnością. W następstwie dochodzi nieraz do zniszczenia chrząstek, ew. rozwija się ropienie z przetokami, przypominające gruźlicę. I tu jest możliwe wyzdrowienie zupełne, w pewnych przypadkach jednak sprawa postępuje dalej i przechodzi w okres trzeci.

3) Okres zbliznowaceń. W okresie tym tworzą się blizny, przykurczenia, przesunięcia powierzchni stawowych i t. p.

Rozpoznanie bywa nieraz bardzo trudne, zwłaszcza, jeżeli w wywiadach nie ma mowy o krwawiączce.

Co do leczenia, to większość autorów radzi w tych przypadkach postępować o ile możności zachowawczo. Z początku polecamy spokój, okłady zimne lub lodowe, potem opatrunki ustalające, ew. szyny i przyrządy zapobiegające skrzywieniu lub prostujące. Jednakże König, a w ostatnich czasach Matsuoka polecają w razie, jeżeli sprawa nie ustępuje, postępowanie energiczniejsze, mianowicie nakłucie stawu i przemycie rozczynem kwasu karbolowego.

Rokowanie przy cierpieniu stawu z powodu krwawiączki jest zawsze bardzo poważne.

Piśmiennictwo. 1) Baum: Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. 20. I. — 2) Trembur. Tamże 20. V. — 3) Guibal. Arch. prov. de chir. 1909. X. — 4) Hotz: Deutsche Zeitschr. für Chir. 104. V.—VI. — 5) Dahlgren: Beiträge zur klin. Chir. 61. III. — 6) Enderlen: 57. Versamml. Mittelrhein. Ärzte 1910. — 6) Matsuoka: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 102. IV—VI.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Chirurgia kończyn).

Hirschberg. **Wyciąg gwoździowy Codivilli, racyonalne postępowanie przy złamaniach kości.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Z pracy H. dowiadujemy się przedewszystkiem, że właściwym wynalazcą wyciągu gwoździowego jest chirurg z Bolonii Codivilla, który podał ten sposób leczenia przed 6 laty. Obecnie niesłusznie uważa się za wynalazcę tego sposobu Steinmanna. Co prawda, jest pewna różnica przy wyciągu podług Steinmanna a Codivilli. I tak Codivilla zakłada wyciąg jedynie tylko na pięcie i to zapomocą jednego długiego sztyftu, biegnącego na wylot przez kość, Steinmann zaś wbija 2 gwoździe zawsze poniżej miejsca złamania.

Wyciąg gwoździowy ma wiele dobrych stron i w wielu przypadkach przewyższa nawet wyciąg plastrowy Bardenheuera. Przedewszystkiem stosować go można nawet przy złamaniach powikłanych, dalej wymaga on znacznie mniejszych obciążeń, bo przy wyciągu Bardenheuera marnuje się niepotrzebnie wiele siły na pokonanie oporu mięśni. Przy wyciągu plastrowym występują też często odleżyny, a wielu chorych plastra na ciele wprost nie znosi. Co do różnicy między sposobem Codivilli, a Steinmanna, to H. twierdzi, że pierwszy jest o wiele lepszy i praktyczniejszy. Przedewszystkiem łatwiejszy w wykonaniu, a potem przez wyciąg ten cała kończyna zostaje masowo w osi sprosto-

wana, natomiast przy sposobie Steinmanna kończyna poniżej gwoździ często obrzmiewa, i trzeba o nią dbać osobno, a jej ruchy wpływają nieraz na osłabienie gwoździ.

Zabieg Codivilli wykonuje H. zawsze w znieczuleniu miejscowem, znieczulając jedynie skórę po obu stronach. Przewiercenie pięty jest zupełnie prawie niebolesne. Zakażenie przy czystem postępowaniu jest wyłączone. K.

Grunert. **Zwichnięcie nerwu łokciowego.** (Med. Klinik 1910. Nr 24). Zwichnięcie nerwu łokciowego jest właściwie najczęściej wadą rozwojową, albowiem nierzadko się zdarza, że wykazać je można i po stronie zdrowej, choć bez objawów chorobowych. Badania na wielkim materyale stwierdziły, że zwichnięcie to występuje niemal u 1—2% ludzi, nie wywołując żadnych dolegliwości. Oczywiście nie da się zaprzeczyć, że wydarzają się i zwichnięcia czysto urazowe. Co do leczenia, to zatrzymanie kończyny wyprostowanej w łokciu, t. j. gdy nerw leży na swojem miejscu (zaskakuje dopiero przy zginaniu), zwykle nie wystarcza, lecz należy przystąpić do operacyi, która polega na umocowaniu nerwu przez zrobienie rowka w kości, rynienki z mięśni lub okostnej, lub co najlepiej, na zeszyciu nerwu ze ścięgnem mięśnia trójgłowego, co G. w jednym przypadku z pomyślnym wynikiem wykonał. K.

Harttung. **Przymiotowe schorzenia stawów.** (Med. Klinik 1909, Nr 27). Przymiot wywoływać może choroby stawów pod bardzo różnemi postaciami. Twierdzenie, jakoby przymiotowe cierpienie stawu przebiegało prawie zawsze bezboleśnie, jest mylne. Spotykamy tu cierpienia nawet bardzo nieraz bolesne, występujące z zaczerwienieniem, obrzękiem i podwyższeniem ciepłoty, nieraz łudząco naśladujące ostry gościec stawowy. Dalej przymiot wystąpić może w postaci zwykłego bolu stawowego, ostrego lub przewlekłego wysięku, a wreszcie przy zakażeniu od zewnątrz w postaci ropnego zapalenia. Cechującem dla przymiotu jest chwilowe pogarszanie się sprawy stawowej przy wstrzykiwaniach nierozpuszczalnych soli rtęciowych. Powikłania stawowe występują zwykle w początkach przymiotu nieraz równocześnie z wysypką; mogą się wydarzyć jednak także w późniejszych okresach, a wtedy rozpoznanie, zwłaszcza odróżnienie od gruźlicy (n. p. u dzieci w kręgosłupie i kolanie) bywa bardzo trudne. Zejście spraw przymiotowych w stawach jest zwykle pomyślne, o ile leczenie zaczęto w porę i o ile nie doszło jeszcze do zropienia lub zbyt wielkiego zniszczenia stawu. Przymiot sadowi się szczególnie w kolanie (często obustronnie), w stawach ręki, łokcia, ramienia i kręgosłupa. W leczeniu na pierwszem miejscu postawić należy rtęć, zwłaszcza kalomel. Czasem jod oddaje także niezłe usługi. Zaczynać należy jednak leczenie (nawet w późnych okresach przymiotu) przy powikłaniu stawowem zawsze od rtęci, i to nie od wcierań, lecz od wstrzykiwań. Prócz tego wchodzą w rachubę: ustalenie stawu, ucisk, ciepło, w razie potrzeby krwawe zabiegi chirurgiczne, n. p. przy ropieniu. K.

Noesske. **O plastycznem zastąpieniu całkowicie lub częściowo utraconych palców, zwłaszcza palca wielkiego.** (Tow. lek. i przyr. Drezno, 13. III., 1909). Obecne sposoby plastyki dozwalają zastępować częściowo lub całkowicie utracone palce. U pewnej warstwy pracujących stanowi palec po prostu o ich bycie. Z tego też powodu w takich razach z jednej strony z odjęciem palca należy o ile możności zwlekać, a z drugiej, zwłaszcza n. p. przy zachowanych częściach miękkich, starać się o plastyczne zastąpienie utraconego palca. Tak n. p. uzupełnił N. prawie zupełny brak kciuka, straconego przez uraz w ten sposób, że najpierw ze skóry i tkanki tłuszczowej klatki piersiowej stworzył rurkę, którą zeszył z podstawą utraconego palca, a po 3 tygodniach oddzielił od piersi; potem do tej rynny po przecięciu jej od strony grzbietnej w miejscu dawnego zeszycia wszczepił kawałek kości goleniowej, wziętej razem z okostną. Nastąpiło zupełne wygojenie. Nowy kciuk z powodu wielkiej ruchomości kości nasadowej mimo braku stawów daje się wcale dobrze przywodzić, a nawet przeciwstawiać innym, tak że chory może używać go do pisania i t. p. Ze względów kosmetycznych ma N. jeszcze zamiar wszczepiać w ten palec paznokieć razem z miękkiemi częściami z palca nogi, sposobem Krausego. Branie do zastąpienia palca n. p. żebra, nie jest odpowiednie, bo kość żebra jest zanadto wiotka, a części miękkie za grube; podobnie nie nadaje się do plastyki palca obojczyk. Zastąpienie palca ręki palcem nogi jest o tyle niepraktyczne, że palec ma zupełnie inny kształt i chory skazany jest przez 2—3 tygodni na bardzo niewygodne pozycye. Dodać należy, że chory operowany przez N., ma już wcale dobre czucie w nowym palcu. K.

Schmit. **Samoistna zgorzel u osób młodych.** (Med. Klinik 1910, Nr 19). Samoistna zgorzel u osób młodych (głównie mężczyzn) pojawia się głównie u rasy słowiańskiej i muzułmanów (palenie tytoniu) w kończynach dolnych, zaczynając się od palców. Towarzyszą cierpieniu temu zwykle szalone bole, zwłaszcza po ruchach fizycznych, ustające w spokoju i przechodzące w zboczenia czucia. Okres taki trwać może nawet do 14 lat, nim wystąpi typowa zgorzel. U kobiet do zgorzeli zwykle nawet nie dochodzi. Różniczkowo wchodzą w rachubę: zgorzel przy cukrzycy, zaczopowanie tętnic, odmrożenia, ropnica, choroba Raynauda, syryngomyelia i t. p. Leczenie: wysokie ułożenie kończyny, spokój, gorące kąpiele, jod, kąpiele w Kissingen, Nauheim, ew. zabieg chirurgiczny, najlepiej wysoka amputacya, lub operacya Grittiego. W ostatnich czasach polecono próbować łączyć tętnicę z żyłą celem stworzenia lepszego dopływu krwi. K.

Laryngologia i otyatrya.

Kurt Schmuckert. **Przyczynek do endoskopowego badania jamy nosowogardłowej i krtani.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 11). W miejsce typowego badania jamy nosowogardłowej i krtani lusterkiem, zyskuje sobie coraz więcej zwolenników badanie endoskopowe na wzór cystoskopii. Autor podaje w tym celu bardzo wygodny przyrząd, który jest modyfikacyą laryngoskopu Haysa. Aby wygodnie, a jałowo można używać tego narzędzia, nakłada się na nie do każdego badania osobną, wygotowaną osłonkę szklaną. Przyrządem tym można wygodnie i bez znieczulenia dokładnie badać jamę nosowogardłową i krtań. Obrazy są przytem bardzo wyraźne i jasne, a pole widzenia bardzo duże. Natomiast mniej wyraźnie występują drobne różnice w barwie, np. na więzadłach, w niektórych przypadkach bardzo ważne dla rozpoznania. Dla lekarza praktyka endoskop ten jest nadzwyczaj cenny, albowiem dozwala on na badanie bez specyalnej wprawy, a, co główna, można nim badać i przy szczękościsku, obrzmieniu języka i u osób wrażliwych. K.

Eitelberg. **Ciała obce ucha.** (Ther. Rundsch. III. 52). Ciała obce przebywać mogą latami w uchu, nie sprawiając dolegliwości. Nieraz dopiero manipulacye celem wyciągnięcia ciała obcego wywołują poważne przypadłości. Z drugiej strony jednak może czasem ciało obce odruchowo wywoływać bardzo poważne przypadłości, jak padaczkę, pląsawicę, uporczywy kaszel, bóle głowy, bezsenność, brak apetytu i t. p. Zdarzyć się też może, że lekarz nie zdoła odnaleść ciała obcego. Odnosi się to zwłaszcza do kawałków metalu, które chowają się w jakimś zaułku przewodu usznego. W przypadkach takich wypłukanie ucha rozjaśnia sprawę. Najdelikatniejszym i najlepszym sposobem wydobycia ciał obcych jest wypłukanie ucha (z wyjątkiem suchych przedziurawień błony bębenkowej i t. p.). Przy ciałach pęczniejących wypłukujemy ucho gliceryną, która odciąga wodę. Wyjmując ciała kuliste, należy najpierw dostać się poza nie i wypychać je dopiero niejako od tyłu na zewnątrz. Czasem dobre usługi oddaje wsunięcie pędzla z klejem i pozostawienie go przez 2—3 godzin, poczem wyciąga się razem wziernik uszny, pędzel i zwykle ciało obce, do pędzla przylepione. A.

Prof. Heine. **Obecny stan chirurgii ucha.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 25). Dwa zabiegi, t. j. przekłucie błony bębenkowej i otwarcie wyrostka sutkowego, datują się już oddawna. Z czasem zapomniano jednak o nich i dopiero Schwartze je przypomniał, zwłaszcza ostatni. Przekłucie błony bębenkowej jest wskazane, gdy przy silnej gorączce i bolach istnieje wybitne wypuklenie błony, lub też gdy wprawdzie bolów niema, ale szybko postępujące pogorszenie słuchu zwraca na siebie uwagę. Znieczulać błonę bębenkową najlepiej płynem: »Rp. Acid. carbol. liquef. 0,5. Cocain. mur. Menthol. na 2,0. Spir. vin. 10,0«. Oczywiście przekłucie błony bębenkowej nie zawsze chroni od wystąpienia powikłań kostnych, występują one jednak przytem bezwątpienia rzadziej.

Obrzęk w razie zmian kostnych wystąpić może nietylko za uchem, lecz (rzadziej) także przy nasadzie kości jarzmowej przed uchem aż do oka, lub też na dole szyi, pod wyrostkiem sutkowym. Najgorsze są przypadki ukryte, t. j. te, gdzie rozszerzanie się sprawy w kości nie daje na zewnątrz wybitnych oznak. Do operacyi trzeba bezwarunkowo przystąpić, zwłaszcza u ludzi starszych, gdy ropienie z temsamem nasileniem trwa bez przerwy 6—8 tygodni, lub nawet się powiększa. Wskazania przy ostrych sprawach są jasne. H. przystępuje do operacyi także w razie wystąpienia niedowładu nerwu twarzowego. Leczenie zastoiną sposobem Biera odrzuca H. stanowczo.

Co do spraw przewlekłych, to chodzi tu o schorzenie błony śluzowej lub kości. Pierwsze oczywiście nie wymaga wcale operacyi, drugie zaś często. Zmiany ograniczone do błony śluzowej rozpoznaje się po tem, że przy nich przedziurawienie błony bębenkowej jest zwykle środkowe, gdy przy ropniach kostnych prawie z reguły obwodowe w tylnym górnym odcinku lub powyżej krótkiego wyrostka młoteczka. Objawy zajęcia błędnika są dość typowe: zawroty, nudności, drżenie gałek ocznych (w stronę zdrową), podmiotowe zmiany słuchowe, ew. szybko postępujące upośledzenia słuchu. — W razie ropienia w kości należy badać chorych najpierw sposobem Bezolda, a dalej metodą Baranyego, która polega na tem, że przy przestrzykiwaniu zimną wodą występuje drżenie gałek w stronę ucha zdrowego, a przy przestrzykiwaniu wodą gorącą — w stronę ucha chorego. Ważny jest także następujący objaw: zapomocą balonu Politzera zgęszcza się powietrze w przewodzie słuchowym, a potem je aspiruje. W razie zboczeń w błędniku występuje przytem wolne posunięcie się gałek ocznych przy zgęszczonem powietrzu w stronę zdrową, a przy aspiracyi w stronę chorą. Obecnie operuje się na błędniku w przypadkach przewlekłych, natomiast co do ostrych zdania są jeszcze podzielone. Co do śródczaszkowych powikłań, to objawem ich, zwracającym przedewszystkiem uwagę, jest ból głowy, zwłaszcza jednostronny, idący od ucha, stały lub napadowy. Często spotyka się go przy ropniach pozaoponowych. W ostrym okresie ból, nie ustępujący po nakłuciu błony bębenkowej i operacyi wyrostka, jest objawem bardzo niepomyślnym. Przy zakażeniu pochodzenia usznego przedewszystkiem badamy zatokę poprzeczną, nakłuwając ją, ew. tamponując. Podwiązanie żyły szyjnej wykonywa się, jeżeli zakrzep sięga aż do opaski lub gdy po opróżnieniu zatoki gorączka dalej się utrzymuje. Ropień mózgowy po stronie lewej daje się najpewniej rozpoznać po afazyi amnestycznej. Przy ropniach móżdżku występują często zaburzenia równowagi, drżenie gałek (przeciwne jak przy schorzeniu błędnika, zwykle w stronę chorą). Upewnia rozpoznanie nakłucie mózgu.

Co do rokowania, to przy wyrobionej technice operacyjnej jest ono przy ropniach zaoponowych zupełnie dobre, natomiast przy zapaleniu ropnem opon i ropniach samego mózgu gorsze. Przy zakrzepach zatoki osiąga się 50% wyleczeń. K.

Posthumus Meyjes. **Cierpienie nosa jako następstwo nadkwaśności krwi.** (Zeitschrift f. Laryng. T. II. S. 581). Ponieważ zmiany w nosie na tle naczynioruchowem (rhinitis vasomotoria) często przydarzają się u ludzi zamożnych, naprowadziło to Meyjesa na szukanie przyczyny w zbyt obfitem i jednostronnem odżywianiu się. W nadmiernej kwaśności moczu dopatruje się M. potwierdzenia swego domysłu, a przez zmianę żywienia uzyskał u takich chorych dobre wyniki. A. B.

Levinstein. **Znieczulenie w leczeniu gruźlicy krtani.** (Fränkels Arch. T. 23. Str. 265). Pomysł Spiessa, by wstrzykiwać podśluzowo 2% rozczyn nowokainy w okolicę nerwu krtaniowego górnego, naprowadził Hoffmanna (Zeitschrift f. Ohrenheilk. T. 59. Str. 169) na zalecenie do podobnych wstrzykiwań sposobu zewnętrznego, by zapomocą igiełki zwykłej strzykawki dostać się do miejsca, gdzie wewnętrzna gałązka górnego nerwu krtaniowego przechodzi przez błonę tarczową (membrana thyreoidea). Do wstrzykiwań tych zalecił Hoffmann 85% alkohol, ogrzany do 45° C. i w większej liczbie przypadków stwierdził znakomite długotrwałe znieczulające działanie alkoholu. Wstrzykiwania te w przypadkach znacznych bolów przy gruźlicy krtani okazały się bardzo skuteczne. Zastosowanie metody Hoffmanna przez Levinsteina dało mu również jaknajlepsze wyniki. Można więc tak dostępną drogą najbardziej dręczący objaw przy gruźlicy krtani, bole przy przełykaniu, przecież skutecznie zwalczać. A. B.

Otto Franck. **Tracheotomia transversa.** (Münch. med. Wochenschr. 1910. S. 285). Zaletą poprzecznego przecięcia tchawicy ma być łatwość wykonania, ewentualnie bez pomocy i użycia różnych narzędzi. Autor zaleca do tego sposobu przecięcia tchawicy, wybór miejsca tuż poniżej chrząstki obrączkowej. Przez cięcie poprzeczne skóry, które po odchyleniu głowy przedstawia ranę ziejącą, niemożliwe jest zboczenie od linii środkowej (linea albicans), zaznaczającej się wyraźnie. Unikamy też z łatwością obrażenia żył szyjnych środkowych, postępując zresztą ciągle na tępo. Przed otwarciem tchawicy palec wskazujący ręki lewej ściąga lekko węzinę tarczycy (isthmus) ku dołowi. Po założeniu rurki tchawiczej dwa boczne szwy zbliżają do siebie brzegi rany. Powstała blizna po tym sposobie operowania jest nieznaczna, gdyż odpowiada fałdowaniu się poprzecznemu skóry na szyi, a więc też i ze względów kosmetycznych zalecałby się ten sposób operowania. A. B.

Okulistyka.

Rutten. **Drżenie gałek ocznych wywołane urazem.** (Bull. de la Soc. Belge d'Opht. Nr 27). Autor udowadnia, że tak często zdarzające się u górników drżenie gałek ocznych jest tylko jednym z objawów ogólnej nerwicy, która rozwija się u nich pod wpływem niekorzystnych warunków zdrowotnych, panujących w kopalniach, zwłaszcza w kopalniach węgla. Na powstanie takiej nerwicy składają się: brak światła, podwyższona ciepłota (24—30° C.) w głębokich galeryach i częstokroć panująca tam wilgoć, zepsuta atmosfera kopalni, powietrze zanieczyszczone nietylko bezwodnikiem węglowym, ale i innymi związkami, wytwarzającymi się z węgla kamiennego, jak: amylen, toluylen, anilina, benzyna, fenol itd. Oprócz wyczerpania fizycznego i znacznej nieraz niedokrwistości, warunki powyższe stwarzają stan takiego nadwątlenia układu nerwowego, że bez przesady można mówić o zawodowej nerwicy górników. Na tle tej nerwicy, między innymi objawami, występuje, wskutek nadmiernego i stałego wytężenia mięśni unoszących gałki oczne ku górze, przy pracy w pozycyi leżącej, drżenie gałek ocznych jako objaw znużenia, jako drgawkowy kurcz zawodowy, coś w rodzaju np. kurczu pisarskiego. K. W. Majewski.

Van Schevensteen. **Przypadek wpadnięcia gałki ocznej na tle urazu.** (Bull. de la Soc. Belge d'Opht. Nr 28). Robotnikowi portowemu spadła na głowę deska z wysokości około 5 metrów. Robotnik stracił przytomność i dostał silnego krwotoku z nosa. W kilka dni po tym wy-

padku badanie wykazywało jeszcze silny obrzęk w okolicy rany tłuczonej nad prawym łukiem brwiowym i mimo silnego obrzęku powiek, łatwo dające się zauważyć wpadnięcie gałki ocznej (enophtalmus), które mierzone przyrządem Hertla, wynosiło 4 mm. Ruchomość oka we wszystkich kierunkach prawie zniesiona i w następstwie tego widzenie podwójne. Mierne współśrodkowe zwężenie pola widzenia przy prawidłowej bystrości wzroku i niezmienionej akomodacyi. Nadto stwierdzono upośledzenie czucia w zakresie prawego nerwu nadoczodołowego. Badanie radyograficzne wykazało z wielkiem prawdopodobieństwem złamanie podstawy czaszki w okolicy prawego skrzydła kości klinowej. Nawiązując do tego spostrzeżenia, omawia autor obszernie liczne teorye, dotyczące mechanizmu powstania wpadnięcia gałki ocznej; w swoim przypadku za najprawdopodobniejszą przyczynę wpadnięcia gałki ocznej uważa S. powiększenie jamy oczodołowej wskutek złamania kości.

K. W. Majewski.

Coppez. **Hydrorrhoea nasalis.** (Bull. de la Soc. Belge d'Opht. Nr 27). Przypadek C. dotyczył młodego człowieka, który, zniecierpliwiony nieustannym wypływem cieczy surowiczej z nosa, udał się do jednego z poważnych rynologów, a ten, stwierdziwszy w zatoce klinowej obecność nieprawidłowych wybujałości, wykonał jaknajostrożniej wyskrobanie ostrą łyżeczką wnętrza tej zatoki. Badanie mikroskopowe wydobytych cząstek stwierdziło tkankę śluzowatą, a brak jakichkolwiek składników przysadki mózgowej. Wyciekanie płynu mózgowordzeniowego po wyskrobaniu zupełnie ustało, ale już po kilku godzinach chory popadł w śpiączkę, z której się więcej nie obudził; śmierć nastąpiła po 24 godzinach. K. W. Majewski.

Wendel Reber. **Różniczkowe rozpoznanie chorób oczodołu, zależnych od zmian w sąsiednich zatokach.** (Ophtalmology 1910. Vol. VI. Nr 3). Birch-Hirschfeld podaje, że na 684 przypadków różnych schorzeń oczodołu, 409 było niewątpliwie następstwem spraw zapalnych ostrych lub przewlekłych w sąsiednich zatokach. Już z tego zestawienia widać, jak wielkie znaczenie ze względu na oko należy przypisać wszelkim zmianom chorobowym w bocznych zatokach nosa. Autor rozdziela schorzenia oczodołu z tego źródła pochodzące na takie, które są następstwem ostrych zapaleń ropnych w zatokach i na takie, które towarzyszą sprawom przewlekłym, najczęściej t. zw. śluzowiakom (mucocele). Przeszedłszy kolejno symptomatologię ropowicy oczodołu, ograniczonych zapaleń okostnej ścian oczodołu, dalej zmiany zapalne i zanikowe w nerwie wzrokowym, różne rodzaje przemieszczenia gałki ocznej i upośledzenia ruchomości wskutek porażenia lub niedowładu poszczególnych mięśni ocznych zewnętrznych, kończy autor rzecz opisem własnego spostrzeżenia, odnoszącego się do 50-letniej kobiety, u której w następstwie lekkiego ropnego zapalenia migdałków powstał zakrzep w zatoce jamistej z wysadzeniem obu gałek ocznych i objawami zastoju żylnego najwyższego stopnia. Przypadek ten zakończył się śmiercią.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 14 października 1910.

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz. Obecnych członków 74.

1) Przewodniczący odczytuje zaproszenie na krajowy Zjazd przemysłowo-balneologiczny, mający się odbyć we Lwowie w dniach 29—31 października.

2) Prym. Dr Borzęcki przedstawia: a) 12-letnią dziewczynkę, cierpiącą na powierzchowną **zgorzel skóry** obu kończyn dolnych; b) przypadek **łuszczycy** i c) przypadek **lichen ruber accuminatus.**

3) Prof. Dr Reiss przedstawia przypadek **strupnia** (favus), usadowionego **na skórze czaszki i łopatki.**

4) Prof. Reiss przedstawiał imieniem własnem i Prof. Krzyształowicza **wyniki leczenia przetworem Ehrlicha „606“** w klinice dermatol. krakowskiej. Prelegent zaznacza, że z powodów niezupełnie od niego zależnych, mógł dosyć późno przystąpić do stosowania metody Ehrlicha-Haty u chorych klinicznych i dlatego, jeżeli już dzisiaj omawia w krótkości dotychczasowe wyniki leczenia i przedstawia szereg metodą tą leczonych chorych, to skłania go do tego jedynie aktualność sprawy i żywe zainteresowanie szerokich kół lekarskich. Prelegent zastrzega sobie jednak w późniejszym czasie sprawozdanie, oparte na większym już materyale i z wnioskami, opartymi na większem doświadczeniu.

Leczenie i obserwacye leczonych chorych przeprowadzał prelegent wspólnie z kol. Prof. Krzyształowiczem, a materyał dobierano z chorych, znajdujących się w najrozmaitszych fazach zakażenia kiłowego. Obok chorych, dotkniętych wrzodem pierwotnym mniej lub więcej rozwiniętym, leczono cały szereg chorych z objawami ogólnymi w postaci osutek plamistych i guzkowych, jakoteż chorych, dotkniętych późnymi objawami w kilku odmianach, nie wyłączając także i kiły złośliwej (syphilis maligna). Wszystkich chorych badano bardzo szczegółowo przed rozpoczęciem leczenia w kierunku ewentualnych zaburzeń w narządach wewnętrznych, zwracając szczególną uwagę na serce, płuca i nerki, badano też w każdym przypadku dno oka przed zastosowaniem środka. W każdym przypadku badano też krew w kierunku odczynu Wassermanna przed leczeniem i powtarzano następnie to badanie systematycznie i w stałych, t. j. mniejwięcej dziesięciodniowych odstępach czasu u wszystkich chorych, aby tą drogą uzyskać zupełną ścisłość obserwacyi w kierunku działania przetworu.

Przetwór Ehrlicha stosowano w rozmaitych jego odmianach, HJ, H5, H8 i Hy. Pierwsze odmiany stosowano przeważnie w rozczynach ługu sodowego, ostatnią prawie wyłącznie w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, rozcierając poprzednio przetwór w małej ilości alkoholu etylowego (zwykle 1 cm alkoh. etyl. + 3 ctm Na Cl na dawkę). Dawki normowano zależnie od warunków ustroju, a także zależnie od nasilenia sprawy chorobowej od 0,3 do 0,7; w ostatnim szeregu doświadczeń wstrzykiwano już prawie wyłącznie dawki 0,5—0,6. W pewnym szeregu przypadków powtarzano dawki mniejwięcej po upływie 2 tygodni, normując to postępowanie zawsze wynikiem badania krwi. Wstrzykiwania robiono z początku podskórnie, odstąpiono jednak od tego sposobu z powodu wytwarzania się dosyć bolesnych nacieków, które nie miały wprawdzie skłonności do ropienia, utrzymywały się jednak bardzo długo, sprawiając dosyć silne i uporczywe bole. W ostatnich też doświadczeniach stosowano wyłącznie już wstrzykiwania głębokie (nieco poniżej środka linii, łączącej górny przedni kolec biodrowy z końcem fałdu międzypośladkowego). Dla utrzymania obserwacyi ścisłych nie stosowano u leczonych chorych zupełnie t. zw. leczenia miejscowego, aby wyłączyć działanie środków leczniczych od zewnątrz.

W żadnym z leczonych tą metodą przypadków nie zauważono jakichkolwiek objawów zatrucia, chociażby najlżejszego stopnia; jedyne objawy, jakie spostrzegano, dotyczyły bolów i podniesienia ciepłoty. Bole po wstrzykiwaniach śródmięśniowych bywały wogóle nieznaczne i trwały średnio zaledwo kilka godzin; w całym szeregu przypadków chorzy zupełnie na bole się nie uskarżali, a naciek po wstrzyknięciu bywał tylko nieznaczny. Wahania ciepłoty bywały rozmaite, z reguły spostrzegano podniesienia od 37,5 do 38,5, a w kilku tylko przypadkach dochodziła ciepłota powyżej 39° (u 2 chorych na 25 do 40,2). Pod-

niesienia ciepłoty występowały zazwyczaj już w dniu wstrzyknięcia wieczorem, miały charakter zwolnienia (remisyi) porannej i trwały niezbyt długo (4—6 dni średnio). W większości przypadków spostrzegano trzeciego dnia podniesienie znaczniejsze, pozostające prawdopodobnie w związku z peryodycznie występującym okresem znaczniejszego wessania przetworu.

Działanie nader szybkie przetworu na objawy kliniczne choroby nie da się zaprzeczyć. Jest ono niejednokrotnie tak wybitne, że po upływie 24 godzin zauważano oczyszczenie się wrzodu pierwotnego, znaczne przypłaszczenie się wyniosłych kłykcin, przyklęśnięcie podminowanych brzegów wrzodów kilakowych i t. d., i to po stosunkowo bardzo nieznacznej dawce przetworu (n. p. 0,3—0,4). Działanie to, niemal natychmiastowe, spostrzegać się daje w znacznym szeregu przypadków, jakkolwiek nie zawsze. W każdym jednak razie wpływ leczniczy przetworów na nacieki kiłowe wogóle jest bezwątpienia szybszy, aniżeli zwykliśmy to spostrzegać po pierwszych dawkach rtęci. Wpływ na gruczoły, szczególnie w pierwszych dniach po wstrzyknięciu, bywał niemal w każdym przypadku widoczny; gruczoły malały i miękły, działanie to jednak było ograniczone i dotyczyło tylko początkowego okresu leczenia; po upływie kilku dni polepszenie, raz uzyskane, nie postępowało już dalej. Wysypki plamiste znikały często już po 48 godzinach, jeżeli nie całkowicie, to przynajmniej częściowo. Wysypki guzkowe zaczynały ulegać wessaniu już nazajutrz, pozostawiając po upływie 4—6 dni zaledwie plamy barwikowe. W nielicznych przypadkach przebieg bywał oporniejszy, szczególnie tam, gdzie chodziło o guzki głębsze. We wszystkich niemal przypadkach spostrzegano już w 12—24 godzin po wstrzyknięciu środka t. zw. odczyn Herxheimera, zupełnie podobnie, jak to bywa po pierwszej dawce rtęci. Ma on być zdaniem niektórych autorów zwiastunem szybkiego nawrotu, a Ehrlich w ostatnim swym odczynie wypowiedział zdanie, że odnosić go należy do zbyt małej i niedostatecznej dawki użytego przetworu.

Bardzo dodatnie i szybkie działanie spostrzegano w przypadkach kiły złośliwej, szczególnie u chorej z kilakowem zajęciem krtani, gdzie po leczeniu rtęcią występowało stale pogorszenie i natychmiastowy rozpad. U chorej tej już po 0,3 przetworu Ehrlicha wszystkie owrzodzenia zaczęły się oczyszczać, objawy zwężenia i bezgłosu poprawiać, tak, że po ponownem wstrzyknięciu 0,4 po upływie 2 tygodni nacieki w krtani uległy zupełnemu wessaniu. Na szczególną uwagę zasługuje ustąpienie białkomoczu już w 24 godzin po wstrzyknięciu 0,5 przetworu u chorej w okresie drugiej inkubacyi, a u której białkomocz pozostawał niewątpliwie w związku z ogólnem już zakażeniem ustroju.

Nie można pominąć milczeniem także nadzwyczaj szybkiego wpływu środka »606« na zmianę odczynu W. N. B. Odczyn stawał się ujemny niekiedy w 7 dni po zastosowaniu przetworu. W większości badanych przypadków stwierdzano po 10—12 dniach odczyn stale ujemny lub przynajmniej słabo dodatni, lub też udawało się utrzymywać odczyn w dalszym ciągu stale ujemnym tam, gdzie był on ujemnym przed rozpoczęciem leczenia (przypadki wrzodów w okresach wczesnych). W pewnym szeregu przypadków odczyn ujemny stawał się po pewnym czasie znów dodatnim lub też słabo dodatnim, a mianowicie tam, gdzie upłynął już dłuższy czas od pierwszego wstrzyknięcia przetworu (w trzech przypadkach po 18—25 dniach).

Prócz tego należy położyć nacisk również na wpływ ogólnie korzystny, jaki spostrzegano w wielu przypadkach na ogólną ekonomię ustroju, a szczególnie w przypadkach kiły złośliwej. Wejrzenie chorych, apetyt i odżywienie stawało się niewątpliwie lepszem, co na przebieg sprawy chorobowej nie mogło pozostać bez dodatniego wpływu.

Na zapytanie, czy działanie przetworów Ehrlicha przewyższa wogóle działanie rtęci, czy nie, lub też, czy porównywanie wyników leczniczych po tychże lekach pozwala na jakieś pewniejsze wnioski, nie może prelegent dać na razie żadnej odpowiedzi, chociażby ze względu na to, że dawkowanie przetworu »606« nie jest jeszcze zgoła unormowane; musianoby porównywać wyniki, osiągane po pierwszej dawce przetworu »606« z wynikami, jakie zwykle widzimy w analogicznych obrazach chorobowych po podaniu pierwszych dawek rtęci, co jednak w tych warunkach nie jest w zupełności dopuszczalne. Musimy jedynie poprzestać na razie na zaznaczeniu, że przetwór Ehrlicha usuwa zmiany w większości przypadków o wiele szybciej, aniżeli to bywa nawet po silnem zadziałaniu rtęci i wiedzie z reguły szybciej do znikania krętków; jakoteż, że zmienia znacznie szybciej odczyn WNB, aniżeli rtęć i jej połączenia.

Co do nawrotów objawów chorobowych, wiadomo z piśmiennictwa, że zdarzają się one dosyć często, bo nawet częściej, aniżeli po leczeniu rtęcią, szczególniej, jeżeli dawki po upływie pewnego czasu nie powtarzamy. Doświadczenie prelegenta w tym kierunku jest dotychczas za małe, aby mógł oprzeć się na zupełnie pewnych danych, — wśród chorych klinicznych widział już jednak nawrót choroby po upływie trzech tygodni z równoczesną zmianą odczynu W. N. B. z ujemnego na dodatni. Niewiadomo jednak, jakby się sprawa przedstawiała, gdyby dawki przetworu podawano częściej i w pewnych stałych odstępach czasu.

Ze względu na to, że leczenie przetworem Ehrlicha nie wyłącza podawania rtęci, czy to w postaci wcierań, czy też wstrzykiwań, wydaje się już dzisiaj prelegentowi bardzo prawdopodobnem, że może właśnie ideałem leczenia kiły będzie »traitement mixte«, t. j. leczenie arsenem i rtęcią naprzemian, lub też równocześnie. — Czy arsenobenzol potrafi rtęć w zupełności zastąpić, lub też co więcej, czy potrafi ją nawet wyrugować, musimy na razie pozostawić przyszłości. (Następuje przedstawienie całego szeregu chorych, leczonych przetworem Ehrlicha). (Streszczenie własne). (Dok. nast.).

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 6. września 1910 r.

1) Henryk Altkaufer pokazał **dwie torbiele,** które usunął drogą cięcia brzusznego u kobiety 40-letniej. Pierwszy guz przedstawiał często spotykaną skręconą torbiel wielokomorową prawego jajnika; drugi guz przedstawiał się po otwarciu jamy otrzewnej jako torbiel wielkości głowy człowieka, wypełniony był płynem krwistym i starymi skrzepami, nie miał żadnej szypuły, a wydobycie jego sprawiło wrażenie wyjęcia piłki, mieszczącej się prawie zupełnie swobodnie w jamie otrzewnej. Grubość ścianki wynosiła 2—3 mm. Badanie drobnowidowe ścianki tej »wolnej« torbieli wykazało, iż składa się ona z tkanki łącznej i naczyń krwionośnych, t, j. że chodzi o organizujący się skrzep. Co do powstania skrzepu przypuszcza mówca, iż utworzył się on między pętlami jelit w ten sposób, iż wskutek skręcenia torbieli pękło jakieś naczynie na zewnętrznej powierzchni ściany torbieli.

2) Alfred Heiman przedstawił chorą ze **szmerem na błonie bębenkowej.** Szmer ten pochodzi od nieprawidłowo przebiegającej żyły szyjnej (vena jugularis).

3) Feliks Malinowski przedstawił chorą z **pęcherzycą** (pemphigus vegetans).

4) Feliks Malinowski: **Stan obecny i dotychczasowe wyniki własnych doświadczeń z preparatem Ehrlicha 606.** Prelegent do tej pory przeprowadził doświadczenia z przetworem Ehrlicha u 65 chorych. Z tej liczby w okresie pierwszorzędnym u 2, w okresie drugorzędnym (z owrzodzeniami pierwotnemi u niektórych) u 22, w okresie trzeciorzędnym u 13, a oprócz tego jeszcze w 17 przypadkach kiły układu nerwowego, w 6 przypadkach porażenia postępującego i 4 wiądu rdzenia. Wysypki plamiste

znikały w 1 do 5 dni, w jednym przypadku w 10 dni, a grudkowate w 5 do 14 dni, w jednym jednak przypadku dopiero po 3 tygodniach, grudkowate wrzodziejące po 2 przeszło tygodniach. Rozważając działanie »606« na powyższe objawy, dochodzi prelegent do wniosku, że przetwór ten działa na wszystkie drugorzędne objawy bardzo skutecznie i bez wyjątków. Może w żadnych innych przypadkach »606« nie działa tak silnie, jak w okresie trzeciorzędnym, szczególniej przy ciężkich, uporczywych postaciach, często nie poddających się zupełnie dotychczasowemu swoistemu leczeniu. W 5 przypadkach, leczonych do tej pory zupełnie bezskutecznie rtęcią i jodem, miał M. zupełnie dobre, niespodziewane wyniki. Na 17 przypadków kiły mózgu i rdzenia tylko w 3 bardzo zastarzałych, gdzie wystąpiły już zmiany wtórne i gdzie ze względów anatomopatologicznych poprawa była niemożliwą, poprawa ta nie nastąpiła. W pozostałych przypadkach otrzymał M. wyniki albo dobre, albo nawet wprost nieoczekiwane, tembardziej, że wielu z tych chorych leczyło się już przedtem energicznie rtęcią i jodem, lecz bez skutku. Przypadki wiądu rdzenia i porażenia postępującego dawały przeważnie czasową lub w pewnym tylko kierunku występującą poprawę. Nawrotów do tej pory M. nie spostrzegał.

Kozerski ze względu na to, że wygłoszony już został przez poprzedniego mówcę wykład o obecnym stanie **leczenia kiły metodą Ehrlicha,** ogranicza się tylko do wygłoszenia kilku ustępów z obszernej swej pracy w tej sprawie, a mianowicie do zaznaczenia ujemnych stron i cieniów w leczeniu przetworem »Hata 606«. Zwiedzając obecnie kliniki niemieckie, na których stosowano »606«, K. odniósł wrażenie, że w piśmiennictwie dotychczasowem ogłoszone są przeważnie tylko wyniki dodatnie.

W dyskusyi zaznacza Pręgowski, że nie mogąc otrzymać przetworu 606, rozpoczął stosować w szpitalu Jana Bożego, idąc z prądem chwili, leczenie arszenikowe w chorobach, pozostających w związku z kiłą. Gdy w metodzie Ehrlichowskiej chodzi o doraźne nasycanie ustroju arsenem, tutaj chodzi o nasycanie powolne drogą stopniowego zwiększania dawki, począwszy od najmniejszej. — Rzętkowski omawia w zarysie podstawy tak zwanej »chemoterapii«, wyjaśniając znaczenie »tropii« w »organotropii« i »parasytotropii«, oraz stosunek seroterapii do chemotropii. Rzętkowski podziela w zupełności zdanie Kozerskiego, co do ostrożnego traktowania danych o skuteczności »606« w bieżącem piśmiennictwie lekarskiem, niemniej przeto ostrzega przed zbyt wygórowanym apriorystycznym krytycyzmem, który mógłby zaszkodzić rozwojowi idei chemoterapii u nas ze szkodą dla nauki i cierpiących chorych. — Stanisław Kopczyński porusza pytanie, w jakich przypadkach przymiotu mózgowo-rdzeniowego wypróbowywać należy nowy przetwór i dochodzi do wniosku, iż tylko w postaci oponowej i kiłakowej. — Fidler (z Radomia), opierając się na dotychczasowem piśmiennictwie, zaznacza, że nie pozwala ono wysnuwać wniosków pesymistycznych. Gdybyśmy ferowali wyroki na zasadzie tylko ujemnych stron działania pewnych lekarstw, to musielibyśmy wyrugować większość środków z naszego arsenału lekarskiego. Następnie podkreśla F., że gdy rtęć i jod, które odgrywają tak wielką rolę w leczeniu kiły, odkryte zostały drogą empiryczną, to przetwór »606« zawdzięczamy wspaniałej koncepcyi Ehrlicha, dzięki której po kilkunastoletniej mozolnej pracy doświadczalnej udało się przygotować środek, dający tak znakomite wyniki. — Alfred Sokołowski zaznacza, że środek »606« stanowi wielki postęp w leczeniu przymiotu i zasługuje na jak najszersze zastosowanie. Z punktu widzenia społecznego może on mieć w przyszłości wielkie znaczenie dla nas, gdyż skraca znacznie szereg dni szpitalnych, co jest wielką wygraną przy braku u nas szpitali. Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z d. 14. września 1909 r.

(Sala szpitala małż. Poznańskich).

(Dokończenie).

5) Kol. Kopciński przedstawia przypadek **psychozy pourazowej.** Fr. S., 16 lat mający, robotnik fabryczny, przybył do szpitala w Kochanówce 9. lipca 1909 r. Na tydzień przed przybyciem w bójce z kolegami został chory uderzony tępem narzędziem w głowę, o czem świadczyła rana, długości 2 ctm, w okolicy ciemieniowej. Bezpośrednio po pobiciu wystąpiły krótkotrwałe wymioty i ból głowy, a w 2 dni objawy psychiczne; depresya przy znacznem podnieceniu ruchowem. Dziedzicznego obarczenia w prostej linii niema; czy nie było w bocznej, dowiedzieć się nie było można. Sam chory okazuje fizyczne oznaki zwyrodnienia: duże uszy, twarz asymetryczna, stopy w stosunku do tułowia zbyt wielkie, 3-ci i 4-ty palec obydwu nóg zrośnięte. Ze strony somatycznej zwraca uwagę stale występująca nieregularność tętna; prócz tego czasami występująca zmienność szerokości źrenic i bolesność punktów histerorodnych, która się zjawiła dopiero z biegiem choroby. Co się tyczy sfery psychicznej, to z początku był ciągły niepokój ruchowy przy przygnębionem usposobieniu; oryentacya i świadomość były najzupełniej zachowane. Z biegiem zaś choroby świadomość stawała się coraz więcej przyćmioną, oryentacya — niezupełną. Do tego dołączyło się nadzwyczajne rozprószenie uwagi, a niepokój ruchowy przeszedł w znaczne zahamowanie procesów ruchowych. Chory sprawiał wrażenie zapatrzonego i zamyślonego o czemś, co zajmowało jego psychikę. Przytem chory, będąc przeważnie przygnębionym, miewał częste wybuchy bezpodstawnej wesołości. Bywały chwilami omamy (głos matki wzywał go), jak również bredzenia prześladowcze (mają go zabić) lub zupełnie fantastyczne (ma w brzuchu koty, które tam dokazują). — Mając na względzie bezpośrednie wystąpienie psychozy po urazie, a również przewlekłe zahamowanie procesów ruchowych, nadzwyczajne rozprószenie uwagi, zmienność nastroju i postępujące przyćmienie świadomości przy bolesności punktów histerorodnych — możemy dane cierpienie określić jako pourazowe. Przypisać je należy przeważnie urazowi psychicznemu, który znalazł podatny grunt u zwyrodniałego osobnika. — Rokowanie w danym przypadku skłaniaćby się powinno ku dobremu. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Pański próbuje wywołać afekt przy uciskaniu na bliznę po urazie; szybkość tętna u chorego zmienia się przytem. P. zaznacza, iż należy wyłączyć najprzód organiczne cierpienie mózgu wskutek urazu, jak również zwraca uwagę, że objawy psychiczne chorego nie zawierają w sobie tematu samego urazu. — Kol. Kopciński: Objawów, któreby wyraźnie wskazywały na organiczne cierpienie, zupełnie niema. W mowę swą chory nie wplata tematu urazowego, ale wogóle mówi on bardzo mało, czy jednak w myślach jego uraz nie gra roli, to oczywiście jeszcze pytanie.

6) Kol. Klozenberg przedstawia chorą z **porażeniem mięśni grupy strzałkowej** prawej kończyny dolnej. U chorej dla usunięcia raka dokonał kol. Goldman resekcyi obojczykowo-łopatkowo-barkowej. Po upływie kilku miesięcy wystąpiły objawy porażenia we wspomnianej grupie. Kol. Klozenberg przypuszcza przerzut nowotworu w przebiegu górnej części nerwu kulszowego.

Dyskusya: Kol. Goldman przedstawia usunięty w tym przypadku drogą operacyi guz złośliwy (rak), który przerastał splot ramieniowy. — Kol. Pański: Można tutaj przypuszczać przerzut w miednicy, ewentualnie nowotwór gruczołu, jak również zatrucie toksynami nowotworowemi. Przy sprawach toksycznych: gorączkach połogowych, no-

wotworach, mogą być porażenia pni, najwięcej poddających się działaniu toksyn. — Kol. Goldman: Ogólny stan chorej po 2 miesiącach cierpienia nie pogarsza się. Gdyby był nowotwór gruczołu, toby się gruczoł rozrastał i uciskał nie na jeden jedyny pień. Te względy każą szukać przyczyny porażenia gdzieindziej. Przy operacyi nakładał G. chorej na nogi rzemień z klamrami dla unieruchomienia ich; czy ucisk rzemienia nie mógł wywołać danych objawów? — Kol. Klozenberg: Takie rzeczy zdarzają się wprawdzie, jednak w danym przypadku sprawa ma się inaczej. Gdy K. w połowie sierpnia r. b. badał chorą, nie było mowy o bolach; zjawiły się one dopiero później. To pozwala wyłączyć jako przyczynę nałożenie rzemienia w czasie operacyi.

7. Kol. Justman przedstawia przypadek **psychozy z objawami katatonicznymi.** J. G., lat 17, od 4 tygodni przestała mówić; siedzi cały dzień zgarbiona na brzegu łóżka; jada tylko bułkę, i to wtedy, kiedy nikt obcy nie widzi. Kładzie się i wstaje jednocześnie z rodzicami, myje się i ubiera sama, wychodzi za potrzebą bardzo wcześnie, kiedy po drodze nikogo nie spotka. Okresy podobne miewała kilka razy; przechodziły albo po pobycie na wsi, lub bez widocznej przyczyny. Przedmiotowo obraz negatywizmu; postawę raz zajętą utrzymuje chora pomimo usiłowań wyprowadzenia z niej, na pytania nie odpowiada, oryentuje się jednak co do osób, czasu i miejsca. Zmuszona do chodzenia, stawia wyprężonemi nogami małe kroki; posadzić ją potem znów jest trudno z powodu stawianego oporu. Rozpoznanie zdaje się niezupełnie pewne; nasuwa się przypuszczenie histeryi. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Pański zwraca uwagę, że znajdował u chorej bolesność kręgów i bolesność w okolicy jajników.

8. Przewodniczący zawiadamia, iż naczelny lekarz szpitala im. Małżonków Poznańskich ofiaruje na posiedzenia sekcyi psychiatryczno-neurologicznej salę konferencyjną tegoż szpitala. Sekcya uchwala przyjąć propozycyę odbywania swych posiedzeń w pomienionej sali i poleca przewodniczącemu złożyć w imieniu sekcyi podziękowanie naczelnemu lekarzowi szpitala im. Poznańskich.

Dyspensatorya dla gruźliczych we Francyi a w szczególności w Lille.

Podał

Dr Jan Nowaczyński.

Pierwsza myśl założenia dyspensatoryów dla chorych gruźliczych powstała na międzynarodowym Zjeździe w sprawie gruźlicy w Londynie w r. 1901, który to Zjazd, na wniosek Calmettea, poparty przez innych uczonych francuskich, zwrócił uwagę władz na konieczność tworzenia instytucyi, mających na celu zwalczanie gruźlicy wśród ludności, głównie w miastach, gdzie gruźlica szerzy się przedewszystkiem, a to przez udzielanie pomocy chorym, dla których leczenie w sanatoryach jest niedostępne.

Pierwsze takie instytucye, którym nadano nazwę dyspensatoryów, założono we Francyi, a na wzór ich powstały wkrótce inne w różnych krajach Europy; wszystkie zmierzają do jednego i tego samego celu, t. j. do powstrzymania gruźlicy w jej pochodzie, szerzącym tak straszne spustoszenia.

Zadaniem dyspensatoryów nie jest wcale leczenie chorych, lecz głównie i wyłącznie profilaktyka społeczna. Stąd też inna nazwa, jaką im się często nadaje — to prewentoryum. Do osiągnięcia zaś swego celu dążą one przez udzielanie częstych porad lekarskich tym, którzy z braku środków materyalnych lub z powodu swego zawodu najbardziej narażeni są na zakażenie gruźlicze, jakoteż tym, którzy są już gruźlicą dotknięci, dalej przez asanacyę ich mieszkań zapomocą częstych odkażań, rozdzielanie spluwaczek kieszonkowych, oraz środków odkażających, bezpłatne pranie bielizny, ułatwianie dostępu do sanatoryów chorym nadającym się do leczenia, oraz opiekowanie się nimi po opuszczeniu sanatoryów, oddawanie do szpitali lub domów izolacyjnych tych, którzy są niebezpieczni dla otoczenia, lub potrzebują odpowiedniej opieki, staranie się dla nich o pomoc materyalną w biurach dobroczynności, kasach chorych i t. p., w końcu usuwanie dzieci rodziców gruźliczych z ich otoczenia i umieszczanie ich na wsi. W ten sposób dyspensatoryum jest niejako biurem, gdzie rekrutują się kandydaci do sanatoryów, kolonii szkolnych, szpitali, jest też jednakże zarazem i szkołą praktyczną higieny, a najnowsze postępy nauki w zakresie etyologii oraz dyagnostyki gruźlicy zapewniają tej instytucyi pierwsze miejsce oraz główne znaczenie w walce społecznej przeciwgruźliczej. Oto zakres działania instytucyi, jak widzimy dość obszerny, a zarazem i dość złożony.

Mimo to wszystko dyspensatoryum nie wymaga wcale kosztownego wyposażenia; lokal prosty, zaopatrzony w najpotrzebniejsze urządzenia do badania klinicznego, odkażania mieszkań i prania bielizny, wystarcza najzupełniej. Personal może się ograniczać do jednego lub dwu lekarzy, oraz takiej samej liczby t. zw. wywiadowców (enqueteurs), t. j. ludzi, którzy spełniają niejako czynności instruktorów chorych, szukających pomocy.

Do obowiązków lekarza, który powinien być zarówno dobrym klinicystą, jakoteż i higienistą, należy przedewszystkiem badanie kliniczne chorych, określanie rodzaju pomocy, jakiej chory potrzebuje, oraz udzielanie im właściwych wskazówek, tyczących się leczenia; prócz tego ma jeszcze lekarz do spełnienia zadanie społeczne, polegające na organizowaniu profilaktyki przeciwgruźliczej wśród rodzin oraz szczególnie przez opiekowanie się dziećmi rodziców gruźliczych. Bo któż, jak nie lekarz, może pierwszy spostrzedz grożące niebezpieczeństwo, a przez zastosowanie odpowiednich środków stłumić je w zarodku [1]).

Drudzy, t. zw. wywiadowcy, rekrutujący się najczęściej z samychże robotników, to prawdziwi monitorzy higieny, oraz instruktorowie ludu; oni to zaglądają okresowo do mieszkań robotniczych, badając ich stan, odwiedzają chorych, wogóle pozostają z nimi w ciągłych stosunkach, znają też ich braki, potrzeby, sposób życia i t. p.; oni objaśniają im sposób użycia środków, służących do odkażania, spluwaczek, tłómaczą im, jakiem niebezpieczeństwem grozi plwocina gruźlicza, używanie napojów wyskokowych itp.; słowa ich i rady, chętnie przez chorych przyjmowane, jak doświadczenie wykazuje, nie pozostają bez echa.

Ta organizacya techniczna dyspensatoryum jest ważniejsza, niż sprawa lokalu; w Lille np. koszta budowy oraz urządzenia dyspensatoryum wynosiły 36.000 franków, nie licząc gruntu, darowanego przez gminę. Dyspensatoryum w Lille, zwane tutaj prewentoryum imienia Roux, założone zostało dzięki staraniom Calmettea jedno z pierwszych (w 1901 r.); służyło też za wzór innym, które później powstawały; działa zaś wzorowo; sądzę też, że nie będzie od rzeczy opisać jego urządzenia oraz sposób działania.

Dyspensatoryum w Lille obejmuje: poczekalnię, dwa pokoje, przeznaczone do badania klinicznego chorych, ciemnię dla laryngoskopii, pokój dla wywiadowcy, wreszcie pralnię mechaniczną, zaopatrzoną w przyrządy, potrzebne do szybkiego odkażania oraz prania bielizny. Ubikacye odkaża się okresowo zapomocą zmywań rozczynem lizolu i chlorku wapnia.

Porady lekarskiej udziela się cztery razy tygodniowo

[1]) Wspomnieć tu muszę, iż dzieci poddaje się okresowo, co pół roku, badaniom w kierunku gruźlicy zapomocą najnowszych metod rozpoznawczych t. j. odczynu skórnego lub ocznego (cuti i ophthalmo-réaction).

w godzinach popołudniowych tylko chorym prawdziwie ubogim. Chorego, który zgłasza się poraz pierwszy, zapisuje wywiadowca do dziennika, daje mu bilet z odpowiednią liczbą porządkową, oraz oznacza dzień, kiedy chory ma zgłosić się do badania; prócz tego każdy świeżo przybywający otrzymuje słoik na plwocinę; od jej rozbioru bakteryologicznego bowiem zaczyna się właściwe badanie lekarskie.

W dniu oznaczonym bada lekarz chorego, w badaniu swem uwzględniając: dziedziczność, wymiary klatki piersiowej, ciężar ciała, zmiany w płucach, które zapisuje graficznie, stan innych narządów, wreszcie laryngoskopię, jeśli zachodzi potrzeba; wywiady, dostarczone przez chorego, oraz zmiany znalezione, zapisuje się na osobnych arkuszach, co stanowi t. zw. »enquête médicale«. Jeśli zgłaszający okaże się chorym, lekarz poucza go o jego stanie i udziela mu wskazówek, tyczących się leczenia, wreszcie dając mu spluwaczkę kieszonkową, litr rozczynu lizolu oraz broszurę drukowaną, zawierającą wskazówki i zasady higieniczne, jakich trzymać się powinien, naznacza dzień następnej porady.

Następnie przechodzi jeszcze chory przez ręce wywiadowcy, któremu udziela dokładnych szczegółów, odnoszących się do wieku, zawodu, rodzaju pracy, zarobku, mieszkania, odżywiania się, stosunków rodzinnych oraz higienicznych, wreszcie choroby ze wszystkimi szczegółami; wszystko to zapisuje wywiadowca skrzętnie na osobnych blankietach drukowanych, i to stanowi t. zw. »enquête ouvrière«.

Na podstawie tych wiadomości, uzupełnionych wynikami, dostarczonymi przez badanie lekarskie, rozstrzyga wreszcie lekarz w dniu następnej porady, jakie środki powinien chory zastosować w celu ewentualnego powstrzymania rozwoju choroby, niszczącej jego ustrój, wreszcie określa rodzaj pomocy, jakiej może mu dyspensatoryum udzielić.

Dyspensatoryum bowiem w Lille, posiadając zasoby pieniężne, spieszy z pomocą materyalną ubogim chorym w różny sposób; i tak, za jednych opłaca czynsz mieszkania, innych znów żywi bezpłatnie, rozdzielając im codziennie pewną ilość mleka oraz jaja; dawniej rozdawano też mięso i chleb, zapomocą kwitów, wydawanych miesięcznie, które następnie chorzy wymieniali na pożywienie w kuchniach ludowych, mając w ten sposób zapewnione utrzymanie na szereg dni. Z pierwszego rodzaju pomocy, t. j. z opłaty czynszu, korzysta stosunkowo niewielka liczba ubogich chorych, średnio 10—15 miesięcznie; są to przeważnie ci, którzy mieszkając daleko, nie mogą zgłaszać się codziennie po żywność; liczba drugich jest znacznie większa, wydatki też dosięgają znaczniejszych sum.

Jak wspomniałem, istnieje w zabudowaniach dyspensatoryum pralnia mechaniczna, pozwalająca na odkażanie bielizny chorych. Zważywszy bowiem, jakie niebezpieczeństwo zakażenia przedstawia bielizna chorego gruźliczego, nawet tego, który używa spluwaczek, tak dla najbliższego otoczenia, jeśli pozostaje przez dłuższy czas gdzieś w kącie mieszkania, jako też i dla praczek, które, przerzucając tę bieliznę, rozsiewają wysuszone i jadowite zarazki, — łatwo zrozumieć, jakie dobrodziejstwo wyświadcza dyspensatoryum rodzinom ubogich chorych, podejmując się odkażania ich bielizny, oraz jak doniosły jest ten rodzaj pomocy dla ludności z punktu profilaktyki. Personal, zajmujący się wyłącznie praniem bielizny, składa się z dwu kobiet, zatrudnionych przez trzy dni w tygodniu; co wtorek pewna liczba rodzin, korzystających z tego rodzaju pomocy, przynosi brudną bieliznę chorego w workach płóciennych, wyłącznie do tego celu przygotowanych i oznaczonych odpowiednią liczbą; bieliznę tę odkaża się najpierw lizolem, następnie pierze się w kotle mechanicznie poruszanym, co zajmuje dwa dni czasu, wreszcie suszy w osobnych suszarniach, składa i oddaje do użytku właścicieli, zapakowaną w worku, również odkażonym i czystym.

Inne rodzaje pomocy, udzielanej przez dyspensatoryum, są następujące: Począwszy od roku 1905 wysyła dyspensatoryum co roku pewną liczbę chorych, którzy nadają się do leczenia, do sanatoryum w Montigny-en-Ostrevent, zbudowanym przez Ligę przeciwgruźliczą północnej Francyi, oraz pokrywa połowę kosztów ich leczenia i utrzymania; resztę kosztów opłaca albo gmina, lub departament lub też inne instytucye dobroczynne.

Nieco kłopotów sprawia odkażanie mieszkań. Ponieważ we Francyi dotąd jeszcze niema obowiązkowego odkażania mieszkań po śmierci chorego na gruźlicę, dyspensatoryum stara się choć w części zaradzić złemu przez to, iż o każdym przypadku śmierci swego chorego donosi do odpowiednich władz administracyjnych, które wspierając w tym względzie dyspensatoryum, zarządzają odkażenie mieszkania. Prócz tego stara się dyspensatoryum zwalczać brud i nieczystość mieszkań robotniczych, nie tyle przez ich odkażanie w ścisłem słowa znaczeniu, co nie zawsze da się przeprowadzić, ile przez zwyczajne oczyszczenie ubikacyi mieszkalnych oraz sprzętów używanych przez chorego zapomocą zmywań rozczynem chlorku wapnia. Od czasu do czasu odwiedza funkcyonaryusz dyspensatoryum mieszkania chorych i, jeśli zachodzi potrzeba, dokonywa odkażania w powyższy sposób; prócz tego rozdaje się też rodzinom chorym pewne ilości rozczynu chlorku wapnia z poleceniem częstego jego używania.

Oto dobrodziejstwa, jakie dyspensatoryum świadczy ubogim chorym; wszystko to zmierza do tego, by chorych niejako przyciągnąć do dyspensatoryum, oraz zatrzymać w swej opiece, stwierdzono bowiem, że dyspensatorya, które chorym nie dają żadnej pomocy materyalnej prócz porad lekarskich, tracą w krótkim czasie swą klientelę; toteż, wychodząc ze stanowiska, że walka przeciwgruźlicza nie odnosi skutku, jeśli instytucya nie pozostaje w ciągłym stosunku z chorymi, a stosunku tego nie podtrzymuje przez udzielanie pomocy materyalnej, każde dyspensatoryum powinno uwzględniać prócz strony lekarskiej, także i stronę materyalną i spieszyć z pomocą chorym; a jeśli instytucya z powodu braku funduszów nie może sobie pozwolić na duże wydatki, czyto na żywienie chorych, czy na opłacanie mieszkań, niech przynajmniej zapewni im odkażanie oraz pranie bielizny.

Tak przedstawia się w ogólnym zarysie działalność dyspensatoryów, w szczególności w Lille; do celu wytkniętego dąży ono stale i niestrudzenie, a jakie zbiera plony swej pracy i jaką cieszy się wziętością, nie trudno odgadnąć.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Uwagi nad przedłożeniem rządowem w sprawie t. zw. dentystów

podał

Dr Edward Szalit.

Nowy projekt — nowe zamieszanie. Czyż moglibyśmy się czego innego spodziewać? Wszak oddawna przyzwyczajeni jesteśmy w Austryi do tak dziwacznych i chaotycznych projektów, układanych przy zielonym stoliku bez znajomości faktycznych stosunków, że nie dziwić się, ale raczej ubolewać nam wypada, iż tyle aż czasu trzeba było na stworzenie takiego pomysłu. Skoro w innych dziedzinach naszego życia społecznego pojawiają się »najniemożliwsze możliwości«, dlaczegożby właśnie lekarscy przedstawiciele zawodu dentystycznego mieli liczyć na inne załatwienie gniotącej ich od lat wielu t. zw. »kwestyi dentystycznej«. Zbyt wielką sympatyą »u góry« nie cieszyli się nigdy lekarze, jak tego choćby w ostatnich czasach dowodzi sprawa kas chorych, zrozumiałem więc jest, że i najnowszy projekt dentystyczny przychylny dla lekarzy być nie może.

Od lat wielu wre zacięta walka między lekarzami a technikami, domagającymi się przyznania uprawnień lekarskich, które, nawiasem mówiąc, już i tak posiadają wbrew istniejącym przepisom ustawy karnej o partactwie leczniczem. A bezradny rząd przypatruje się tej walce i nie wie, po czyjej ma stanąć stronie. Po długim wreszcie namyśle zdecydował się wystąpić przeciw lekarzom i w tem dopatrzeć się należy przewodniej idei całego przedłożenia rządowego w sprawie dentystów. Nowy projekt — jakby kość rzucona między dwie walczące strony — powołuje do udziału w tej rzekomej biesiadzie jeszcze trzeciego gościa, który dziś, choć skromny i niepokaźny, ma z czasem wyrugować dwóch innych posiadaczy i objąć po nich całą spuściznę. Dla usunięcia bowiem raz na zawsze z porządku dziennego t. zw. »kwestyi dentystycznej«, postanowił rząd stworzyć nową kategoryę osób, zajmujących się tą gałęzią lecznictwa i przyznać im dla odróżnienia od lekarzy-dentystów i techników dentystycznych wprawdzie dość skromny tylko tytuł »dentystów«, ale przelać natomiast na nich prawa, które dotychczas w Austryi tylko dyplomowanym lekarzom przysługiwały.

Program nauki dla tych najmłodszych adeptów miałby być następujący: po ukończeniu niższej szkoły średniej — dwuletnia praktyka u lekarza-dentysty lub technika dentysty, następnie trzyletnie studya teoretyczno-praktyczne w Wydziałach lekarskich uniwersytetów lub osobnych szkołach dentystycznych, w końcu egzamin i nadanie dyplomu, uprawniające po jednorocznej praktyce do wykonywania wszelkich zabiegów lekarskich, nie wyłączając także uśpienia.

Zanim się wdamy w szczegółowszą krytykę i ocenę nowego projektu, już z góry powinniśmy zaznaczyć, że dopatrujemy się w nim aktu wrogiego i godzącego w najżywotniejsze interesa lekarzy, — kroku, który z czasem samej władzy nie mało kłopotów przysporzyć może, gdyż powołuje do życia stan trzeci, tak, że zamiast dwóch stron walczących, będziemy ich mieć według projektu aż trzy.

Już sam tytuł, projektowany dla tego trzeciego stanu, wywołać musi zdziwienie i zamieszanie u szukającej porady publiczności, gdyż oznacza nową kategoryę ludzi, zajmujących się dentystyką, a nie będących ani lekarzami, ani technikami, ale stanowiących jakiś nieokreślony »rodzaj trzeci« o prawach, przysługujących wyłącznie doktorom medycyny.

Co właściwie skłoniło miarodajne czynniki do wniesienia tego przedłożenia? Czy może obawa, że z czasem zabraknąć może lekarzy, którzyby się tej gałęzi medycyny poświęcili? Mamy pod tym względem poważne wątpliwości. Wszak i rządowi chyba wiadomo, że liczba lekarzy zajmujących się obecnie wyłącznie dentystyką, jest tak wielka, iż wszelka obawa, by ich zabraknąć mogło w przyszłości i by musiano się z tego powodu uciec do stworzenia stanu trzeciego, jest zupełnie nieuzasadniona. Naszem zdaniem chodziło rządowi tylko o wydanie postanowień przejściowych dla »praktykujących« obecnie techników, któreby z czasem w ich ręce wydały całą praktykę dentystyczną.

O ile z jednej strony niechęć i nieprzychylne odnoszenie się do lekarzy skłoniły ministerstwo do przedłożenia tego projektu, o tyle znów z drugiej strony zrodził go brak choćby zasadniczych wiadomości o dentystyce, czem ona właściwie jest i jakie są jej zadania. Od naszych władz zaś, które czują się uprawnione nawet do wywołania przewrotu w dotychczasowej organizacyi całej medycyny, mamy prawo żądać jasno sformułowanej odpowiedzi na pytanie, czy dentystyka jest gałęzią medycyny, czy też nie. Najwybitniejsze osobistości na polu medycyny, najwyższe nasze korporacye lekarskie już niejednokrotnie ścisłą i niedwuznaczną dały pod tym względem odpowiedź i tej opinii nawet rządowi ignorować nie wolno.

Dentystyka jest częścią chirurgii*), od której w ostatnich czasach w praktyce się odzieliła. Zajmuje się ona zachowaniem schorzałych wskutek próchnienia zębów przez wypełnianie (plombowanie) powstałych ubytków, a także i w tych przypadkach, gdy próchnienie w swym dalszym rozwoju wywołało już zapalenie silnie unaczynionej i unerwionej miazgi, lub gdy ta miazga uległa zakażeniu i rozpadowi, lub nastąpiło zakażenie okostnej i dało powód do wytworzenia się ropnia, a nawet przetoki, — udaje się dzięki antyseptyce i racyonalnemu leczeniu zęby takie zachować i przywrócić im czynność prawidłową. Przy zużytkowaniu zdobyczy chirurgicznych potrafi dentystyka zachować zęby, nadwerężone wskutek okaleczeń lub wyjęte z powodu stanów zapalnych napowrót przeszczepić (replantacya), a w tych przypadkach, gdzie czyto przez uraz, czy wskutek próchnienia korona uległa zniszczeniu, użyć można pozostałych korzeni jako filarów dla zębów ćwieczkowych, sztucznych koron lub robót mostkowych. A że wyrywanie zębów jest zabiegiem chirurgicznym, wymagającym nie brutalnego wysiłku, lecz rozważnego działania, tego chyba dowodzić nie potrzeba. Branie odcisków zapomocą gipsu, potrzebne tak często przy najrozmaitszych manipulacyach, nie jest wcale obojętnem. Przy nieumiejętnem stosowaniu tego zabiegu powstać mogą bardzo przykre następstwa dla chorego. Często przydarzające się uporczywe nerwobole twarzy, choroby uszne lub oczne, mające swe źródło w chorobach zębów, niektóre choroby przemiany materyi wywołujące poważne zmiany w jamie ustnej, utrudnione wyrzynanie się zębów mądrości, zapalenie jam szczękowych i t. p., to wszystko są choroby, którym łatwo zapobiedz może na czas przedsięwzięty przez lekarza-dentystę odpowiedni zabieg. Choroby jamy ustnej, któremi właściwie żaden lekarz specyalnie się nie zajmował, stały się obecnie polem działania dla dentystów. W zakres dentystyki wchodzą również tego rodzaju zabiegi chirurgiczne, jak antrotomia (przy ropieniu w jamie szczękowej), resekcya szczytów korzeni, leczenie złamań kości szczęki i t. d.

W ostatnich latach rozwinęła się nowa specyalność, mianowicie ortopedya dentystyczna czyli ortodoncya. Ta najmłodsza gałąź dentystyki wymaga dokładnej znajomości anatomii i fizyologii całego narządu żucia, ścisłego oryentowania się w zużytkowaniu sił fizycznych ze względu na właściwości stawu żuchwowego, kości szczęki, części miękkich i zębów, a wreszcie zbadania konstytucyi chorego.

»W dentystyce nie sama tylko technika jest jej uosobieniem i ostatecznym wyrazem i wystrzegać się należy zbytniego przeceniania techniki. Dentystyka osiągnąć może swe najwyższe i ostateczne zadania tylko na gruncie ściśle naukowym. Ani zręczność, ani mechaniczno-techniczna rutyna, lecz tylko metodyczno-naukowe myślenie, ścisłe badania i niezmordowane zagłębianie się w istotę zjawisk mogą dentystykę poprowadzić do tej wyżyny, na której odpowiednio do swego znaczenia stać powinna« **).

Starałem się przynajmniej w ogólnych zarysach przedstawić dzisiejsze zadania i zdobycze dentystyki i wykazać, że jest ona gałęzią medycyny, której sztucznie oderwać od pnia macierzystego niepodobna. A okoliczność, że w tej właśnie dziedzinie pracują także technicy, ludzie, którzy niczem innem nie są, jak zwykłymi rękodzielnikami, bynajmniej nie odbiera dentystyce prawa przynależności do medycyny. Wszak i w innych gałęziach medycyny pracują siły pomocnicze, jak felczerzy, pielęgnujący chorych i wykonujący niektóre zabiegi lecznicze, dalej robotnicy, zajęci przy wyrabianiu najrozmaitszych przyrządów ortopedycznych, położne, którym przecież bardzo ważna czynność została poruczona, a przecież nikomu na myśl nie przyjdzie przyznać tym ludziom prawa lekarzy.

W przedłożeniu rządowem, godzącem w najżywotniejsze interesy lekarzy, widać także typową bezradność, która zawsze cechowała nasze rządy. Pocóż potrzebne było zakładanie klinik dentystycznych i utrzymanie profesorów, pocóż wprowadzono dentystykę do programu naukowego wszechnic, jako przedmiot obowiązkowy, jeżeli dentystyka — jak to zdaje się rząd pojmować — nie jest gałęzią medycyny. Jeżeli zaś i władza jest jednego z nami zdania, to nie powinna dla pewnej gałęzi medycyny stwarzać wyjątkowych stosunków tylko dlatego, ponieważ istnieje w Austryi kilkuset techników, którzy tego żądają. Przecież tak naiwnym rząd nie jest, by przypuszczał, że znajdzie się w Austryi dyplomowany lekarz, który w przyszłości zechce się oddać dentystyce. Chyba nikt nie będzie chciał poświęcać czasu, pracy i pieniędzy, by stać się potem kolegą tego, któremu rząd pomimo minimalnego tak ogólnego, jak i specyalnego wykształcenia ustawowo tesame zabezpieczył prawa. A dodać musimy, że nigdzie nie spotykamy się z podobnym przykładem, by istnieli członkowie jednego i tego samego zawodu o różnem przygotowaniu i różnych kwalifikacyach, a tych samych prawach. W konsekwencyi projektu rządowego o dentystach powinienby także w innych zawodach nastąpić podział i już dzisiaj pozwalamy sobie podsunąć myśl, by założono niższą szkołę prawniczą dla pisarzy pokątnych, którzyby w ten sposób w 24. roku życia mogli uzyskać pełne prawa adwokatów.

Krzyk, podnoszony przez techników dentystycznych, że byt ich jest zagrożony przez lekarzy, jest sztuczny i nieuzasadniony, gdyż materyalnie mają się technicy dentystyczni dobrze, a niejednokrotnie lepiej, niż lekarze. A choćby nigdy do samo-

*) W Portugalii i niektórych Stanach Ameryki po dziś dzień mają dentyści tytuł »doktorów chirurgii dentystycznej«.

**) Pfaff. Die Zahnheilkunde in ihren Beziehungen zu den Naturwissenschaften und der Medizin. 1910.

dzielności dojść nie mieli i pomocnikami lekarzy stale pozostali, to i tak śmiercią głodową nie zginą. Wszak dzisiejsza płaca techników, nawet po małych miastach, jest bardzo wysoka, a w każdym razie nieporównanie wyższa, niż płaca innych robotników. Nie należy zaś zapominać, że w 95% przypadków nie mają technicy żadnych studyów i żadnego wykształcenia, że rekrutują się z najrozmaitszych zawodów, jak golarzy, złotników, pisarzy, lub pomocników handlowych, którzy do tych zawodów bądź nie nadawali się, bądź nie chcieli przy nich zostać i że praca ich jest lekką, nie wymagającą zbytniego wysiłku, trwającą 6—7 godzin dziennie, a zato wynagradzaną wprost znakomicie. Takichto »męczenników« bierze rząd w obronę przed lekarzami i otacza ich opieką prawdziwie ojcowską.

Jeżeli tylko obawa przed technikami lub chęć pozbycia się kłopotu była przyczyną nowego przedłożenia rządowego, w takim razie na krok taki wobec lekarzy i całej medycyny nie byłoby nazwy.

Wzorowanie się na urządzeniach obcych jest pochwały godne, ale wybierać należy to, co jest dobre, a nie stwarzać karykatury obcych urządzeń. Za przykład posłużyły rządowi przedewszystkiem Niemcy; ale niechże powołane czynniki od swych przyszłych pupilów zażądają, jak w Niemczech, ukończenia całej szkoły średniej i złożenia egzaminu dojrzałości, a wtedy zobaczymy, ilu młodych ludzi, mając takie studya przygotowawcze, zadowolni się nic nie znaczącym tytułem »dentystów«. Dodać należy, że w niektórych państwach, przedewszystkiem zaś we Francyi, objawia się dziś dążność, by dentyści byli »zupełnymi lekarzami« (Vollarzt).

Jest faktycznie ironią, że dopiero obywatele państwa przypominać muszą rządowi, że i jego obowiązkiem jest poszanowanie ustaw. Gdyby o tem rząd nie zapominał, sam tych ustaw nie łamał i nad niemi do porządku dziennego nie przechodził, nie byłoby dziś w Austryi żadnej walki i żadnej »kwestyi dentystycznej«. Jednakże nie ulega wątpliwości, że wiele zawinili także sami lekarze. Dopuszczanie techników do wykonywania zabiegów lekarskich, wyręczanie się nimi już to z egoizmu, już też w tym niepięknym celu, by zatrzymać wszystkich zgłaszających się chorych i nie utracić ich na rzecz innych kolegów, srodze się teraz mści.

Projekt rządowy przedłożony został Izbom i Wydziałom lekarskim uniwersytetów austryackich pod opinię. Nie przesądzamy stanowiska, jakie w tej sprawie zajmą te najwyższe nasze korporacye, ale też ani na chwilę wątpić nie możemy, że Wydziały lekarskie nie dopuszczą absolwentów niższej szkoły średniej do uniwersytetów nawet w charakterze słuchaczy nadzwyczajnych i nie przyłożą swej ręki do zamachu na godność i byt swych wychowańców. Izb lekarskich zaś obowiązkiem jest założyć najenergiczniejszy protest przeciw temu projektowi, gdyż uzasadniona jest obawa, że z czasem ta gałąź medycyny mogłaby być dla lekarzy straconą.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska uchwaliła na posiedzeniu w d. 10. IX. b. r. wnieść do Wydziału krajowego następujące przedstawienie:

»Wysoki Wydziale krajowy! Według p. 3. § 14. statutu kraj. Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie do przyjęcia chorego do Zakładu potrzebne jest »oświadczenie c. k. lekarza powiatowego względnie fizyka m. Lwowa lub Krakowa, że osoba, która ma być oddana do Zakładu, kwalifikuje się do przyjęcia«. Postanowienie to jest, zdaniem Izby lek., przestarzałe i nie odpowiada dzisiejszym stosunkom, a nadto w bardzo wielu przypadkach znacznie utrudnia oddawanie umysłowo chorych do krajowych zakładów dla obłąkanych. Do kwalifikowania, czy chorego należy umieścić w zakładzie dla obłąkanych, posiadają bowiem uzdolnienie nietylko c. k. lekarze powiatowi i fizycy, ale właściwie wszyscy doktorowie wszech nauk lekarskich, w szczególności zaś lekarze okręgowi jakoteż miejscy, którzy obejmując swój urząd składają przysięgę służbową, a których oświadczenia zasługują na wiarę na równi z oświadczeniami c. k. lekarzy powiatowych i fizyków. Izba lek. zach. gal. uprasza przeto, by Wys. Wydział kraj. raczył przedstawić Sejmowi kraj. do uchwały wniosek, aby wyżej powołany, przestarzały i duchowi czasu nie odpowiadający przepis uchylić, a natomiast postanowić, by do przyjęcia chorego do krajowych zakładów dla obłąkanych nietylko oświadczenie c. k. lekarza pow., lecz także okręgowego lub miejskiego miało ważność«. R.

Wydział Krajowego Związku lekarzy ogłasza następujące ostrzeżenie: »Ponieważ coraz częściej się zdarza, że do Wydziału Krajowego Związku lekarzy zwracają się o zapomogi wdowy lub sieroty po lekarzach, którzy nie byli członkami Związku, przeto Wydział przypomina, że zapomogi mogą otrzymywać tylko członkowie Związku, względnie ich rodziny. — Lekarze powinni więc we własnym interesie przystępować co rychlej do Związku. — Wydział krajowego Związku lekarzy: Prof. Wicherkiewicz, prezes. Dr Weinsberg, sekretarz«.

Krajowy Związek lekarzy ogłasza, co następuje:

»Zarząd zdrojowy w Krościenku oświadczył gotowość zasilania funduszu dla wdów i sierot po lekarzach przez przylepianie znaczków Związku krajowego lekarzy na flaszkach z wodą krościeńską ze zdroju Stefana. Podajemy to do wiadomości lekarzy z tem, że wodę krościeńską ze zdroju Stefana poleciła Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Zapisujmy zamiast wód obcych wody krajowe, bo przez to wesprzemy kraj, a zarazem zapewnimy choćby skromny zasiłek naszym wdowom i sierotom.—Wydział Związku krajowego lekarzy: Prof. Wicherkiewicz, prezes. Dr Weinsberg, sekretarz«.

Krajowa Rada Zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 24. IX. b. r. opinie co do posad lekarzy urzędowych, jednego rekursu od wyroku Rady honorowej, szpitala w Trembowli, stypendyum z fundacyi Dr Rappaporta i rozpatrywała opracowany przez Wydział krajowy Statut dla zdrojowiska Szczawnicy, a na posiedzeniu w d. 1. X. b. r. zajmowała się sprawą pouczenia o cholerze, tępienia myszy zarazkiem Löfflera i wydała opinię w sprawie posady docenta higieny w seminaryum naucz. w Kętach. R.

W sprawie lekarzy cholerycznych wydało Namiestnictwo okólnik do wszystkich starostw i magistratów lwowskiego i krakowskiego (L. VII. b. 2517/335 z d. 13. X 1910) i przesłało go także Izbom lekarskim z prośbą o zawiadomienie członków Izb o treści okólnika i zaproszenie ich do jaknajliczniejszego zgłaszania się. Okólnik ten opiewa, jak następuje:

»Aby na wypadek pojawienia się cholery w kraju była do dyspozycyi wszędzie i każdej chwili dostateczna ilość lekarzy, potrzebnych do wykonywania zarządzeń sanitarno-policyjnych, jest koniecznem bezzwłoczne zapewnienie pogotowia lekarskiego. W tym celu, po myśli reskryptu Ministerstwa spraw wewnętrznych z 8. października 1910. L. 36867, zechce c. k. Starostwo (Magistrat) niezwłocznie zapytać wszystkich lekarzy, zamieszkałych w obrębie tamtejszego powiatu (miasta), czy w razie pojawienia się cholery byliby skłonni z ramienia Rządu pełnić obowiązki lekarzy cholerycznych, względnie epidemicznych przez czas trwania epidemii, i to, czy tylko w miejscu zamieszkania, czy też także w innych miejscowościach. Lekarze tacy prócz zwrotu kosztów podróży i mieszkania bezpłatnego w miejscu urzędowania otrzymywaliby dyety dzienne w kwocie 30 do 40 koron, zależnie od stosunków miejscowych. W razie zachorowania lekarza cholerycznego w służbie należałby mu się przez czas choroby zwrot kosztów utrzymania na I. klasie w najbliższym szpitalu. Zaopatrzenie wdowie i sieroce takich lekarzy w razie śmierci wskutek czynności przy cholerze odpowiadałoby na zasadzie rozporządzenia Ministerstwa spraw wewnętrznych i skarbu z 6. maja 1856, Dz. p. p. Nr 113, wydanego wskutek Najwyższego Postanowienia z 3. lutego 1856, zaopatrzeniu wdów i sierót po urzędnikach państwowych IX. klasy rangi. W razie starania się o przyjęcie do służby państwowej lekarze powyżsi przy zresztą równych warunkach mieliby pierwszeństwo przed innymi kandydatami. Gminy są obowiązane dostarczyć lekarzowi epidemicznemu mieszkania i podwód w obrębie przydzielonym lekarzowi. Z lekarzami, którzy się zgłoszą, należy zawrzeć pisemną wyraźną umowę. Relacyę w powyższej sprawie wraz z ewentualnie spisanemi umowami należy przedłożyć c. k. Namiestnictwu w nieodwołalnym terminie do 25. października 1910, podając zarazem, jakimi językami władają lekarze, którzy się zgłosili«. R.

Sprawa Krynicy w Sejmie. Komisya sanitarna uchwaliła na podstawie referatu pos. Sarego wezwanie do rządu, aby jak najrychlej rozpoczął budowę drugiego budynku na łazienki i nowego zakładu hydropatycznego, oraz rozszerzenie wodociągu dla wody do picia; następnie aby przyspieszył przeprowadzenie badań celem uzyskania większej ilości wody mineralnej do kąpieli i rozszerzył łazienki mineralne. W końcu uchwaliła komisya wezwać Wydział krajowy, aby w porozumieniu z rządem przedstawił na najbliższej sesyi sejmowej wnioski co do przyjścia z pomocą gminie Krynica-Zdrój w przeprowadzeniu projektu kanalizacyi. R.

Wiec galic. dentystów-techników odbył się we Lwowie 16. X. b. r. w obecności delegatów dentystów - techników z całego kraju. Uczestników wiecu imieniem miasta powitał prez. Ciuchciński (!). P. W. L. Wiktor wygłosił referat o położeniu dentystów-techników i omówił projekt najnowszej ustawy, uprawniający dentystów-techników do wykonywania wszelkich czynności, w zakres dentystyki wchodzących. Następnie odczytano projekt tej ustawy, zapraszając obecnych posłów do poparcia tego projektu. Według dzienników, obecny na wiecu poseł Dr Gold, jako członek subkomitetu, w którym dyskutowano nad projektem ustawy dla dentystów-techników, zapewnił, że dołoży starań, aby ustawa ta weszła w życie(?). Po dłuższej dyskusyi uchwalono jednogłośnie rezolucyę, ażeby rząd jak najrychlej przedłożył swój projekt ustawy, stwarzającej stan dentystów-techników wraz z rozszerzeniem uprawnień dla obecnych dentystów-techników, i ażeby wprowadził spoczynek niedzielny dla dentystów techników, pracujących u lekarzy-dentystów i samoistnych dentystów-techników. Wreszcie wiec zaapelował do wszystkich Izb handlowo-przemysłowych w kraju i do Izb rękodzielniczych, aby popierały postulaty dentystów-techników. (Sprawozdanie dzienników o tym wiecu chyba nie jest ściśle co do stanowiska, jakie zajął na nim poseł Dr Gold; trudno bowiem przypuszczać, by stanowisko jego było wręcz przeciwne stanowisku, zajętemu przez Izby lekarskie). R.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. X. do 15. X. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † — (w tem obcych 6 † —), ospy wietrznej 1, płonicy 11 † 1 (1 † —), odry 5, duru brzusznego 5 † 2 (2 † 2), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), nagminnego zapalenia opon 1 † 1. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 4. IX. do 24. IX. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 22 † 6 (w całem mieście † 8), odry 7 († 13), płonicy 74 † 9 († 78), błonicy 24 † 2 († 9), róży 45 † 3 († 7), duru plamistego 2, duru brzusznego 60 † 9 († 17).

(Gaz. lek. Nr 42).

Wiadomości bieżące.

Kraków. W Towarzystwie lekarskiem krakowskiem, na posiedzeniu w d. 14. X. b. r. przedstawił prym. Borzęcki kilka przypadków chorób skórnych, a Prof. Reiss zdawał sprawę z dotychczasowych własnych wyników leczenia kiły przetworem Ehrlicha-Haty, objaśniając je przedstawieniem chorych. W dyskusyi przemawiali: Dr Blassberg, r. dw. Prof. Wicherkiewicz, Prof. Lewkowicz, Prof. Krzyształowicz, prym. Borzęcki, prym. Steuermark, Dr Eisenberg, Prof. Nowotny i Dr Boczar. — Na posiedzeniu w d. 19. X. b. r., miał Dr Eisenberg wykład: »Bakteryologia cholery«. W dyskusyi zabierali głos: Prof. Ciechanowski, Prof. Bujwid i Dr Gertler.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego krakowskiego« (prof. Gliński, Kraków, Collegium medicum), uprasza kolegów, którzy w dawniejszych wydaniach nie byli umieszczeni lub którzy zmienili swój adres, o jaknajrychlejsze nadesłanie odpowiedniego zawiadomienia.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Prof. Dr Stanisławowi Ciechanowskiemu za kilkadziesiąt tomów dzieł i czasopism i Dr Kazimierzowi Woynarowskiemu z Chrzanowa za 70 tomów cennych czasopism, ofiarowanych Bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Miasto Podgórze projektuje budowę własnych wodociągów kosztem 1,180.000 kor.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa Naukowego Warszawskiego w d. 6. X. 1910 wygłoszono m. i.: 1) P. Jan Tur: Badania nad wpływem promieni radu na rozwój mięczaka Pholas candida L. 2) P. Jan Sosnowski: Nowa metoda obliczania krzywych aparatów samopiszących.

— W Siedlcach odbyło się staraniem Towarzystwa lekarskiego 13. X. b. r. odsłonięcie pomnika na grobie ś. p. Anastazego Sawickiego, prezesa Towarzystwa. Ku uczczeniu pamięci ś. p. Dra Sawickiego tworzy się też ze składek fundusz na stypendya dla dwóch uczniów szkół podlaskich. Na ten cel zebrano 2600 rb., a lekarze siedleccy zadeklarowali lub złożyli już prócz tego 255 rb. Należy mieć nadzieję, że liczne grono kolegów pospieszy z ofiarami na ten fundusz, utrwalający pamięć szlachetnego człowieka i zasłużonego pracownika społecznego.

Z różnych stron. Bardzo przykre wrażenie w berlińskich kołach lekarskich wywarło brutalne wprost postąpienie władz policyjnych ze stacyą ratunkową. W czasie zaburzeń strejkowych w Berlinie zgłosiło się na stacyę kilku poranionych. W pewien czas policya zażądała wydania nazwisk rannych. Lekarze odmówili, zasłaniając się słusznie tajemnicą lekarską. Wtedy policya na mocy »wyższego rozkazu« zabrała sama przemocą książkę chorych. X.

Mianowani: Prof. Stock z Fryburga dyrektorem kliniki okulistycznej w Jenie; Prof. Wagenmann z Jeny dyrektorem kliniki okul. w Heidelbergu.

Zmarli: Dr Edmund Gajzler, lekarz powiatu w Sierpcu (gub. Płockiej), w 54 r. ż.; Dr Józef Szymański, rz. radca stanu, b. naczelny lekarz szpitala wojskowego władykaukaskiego w 69 r. ż. w Jasienicy; Dr W. Godlewski, lekarz ziemstwa w Popówce gub. kurskiej, padł ofiarą przy zwalczaniu ospy.

Redakcya otrzymała: Krakowski: Polskie słownictwo dentystyczne. Warszawa, 1911. — Bericht des k. k. Gewerbeinspektorats Krakau, Wien, 1910. — Bericht des k. k. Gewerbeinspektorats, Stanislau, 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 26. października 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Klinika cholery (zagai Dr August Kwaśnicki na podstawie własnych wspomnień). 2) Profilaktyka cholery (wykład Dr T. Janiszewskiego).

Po posiedzeniu odbędzie się **o g. 8. wieczorem wspólna wieczerza koleżeńska** (udział 3 korony). — Koledzy chcący wziąć udział raczą **jaknajspieszniej zawiadomić Zarząd Towarzystwa.**